

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DES MICROBES DE L'OREILLE (1).

Par le Dr MARTHA, ancien interne des hôpitaux.

Les affections des oreilles, souvent négligées par les malades et par les médecins, produisent de nombreuses infirmités contre lesquelles on essaie de lutter tardivement, alors que la lésion a évolué et que le traitement est impuissant à en arrêter les progrès.

Si on consulte la *Statistique médicale de l'armée française* (2), par exemple, on voit qu'en 1889 les malades traités à l'infirmerie ont été (maladies des yeux et des oreilles) au nombre de 1676 représentant 20,565 journées de traitement; il y a eu 3,242 malades envoyés à l'hôpital pour ces mêmes affections.

Pour toute la France (3), la moyenne générale est, sur 40,000 conscrits, de 55 exemptés ou classés dans les services auxiliaires pour affection des oreilles.

Nous avons entrepris des recherches bactériologiques sur les microbes qui se trouvent dans les sécrétions normales et pathologiques des oreilles. Nous avons pratiqué l'examen bactériologique des oreilles chez 50 sujets; ces examens ont porté tantôt sur des lamelles enduites de pus, tantôt le pus, recueilli antiseptiquement soit dans le conduit auditif externe, soit dans la caisse, a été semé dans des tubes remplis de gélatine ou de gélose. Enfin de nombreuses inoculations aux animaux ont été pratiquées.

(1) *Des microbes de l'oreille, bactériologie, thérapeutique*, par le Dr MARTHA (Mémoire couronné par l'Académie de médecine, 1892, Paris, Steinheil.)

(2) *Statistique médicale de l'armée 1889*, page 146.

(3) NIMIER, Répartition des affections de l'oreille. (*Annales des maladies de l'oreille*, oct. 1892.)

Sur ces 50 malades nous avons trouvé 27 fois des *staphylococci*, 18 fois des *streptococci*, 2 fois le *bacillus pyocyaneus*, et un grand nombre de saprogènes tels que le *tetragenus*, le *versicolor* de Flugge, etc.; dans aucun cas nous n'avons pu rencontrer le *pneumocoque*.

Ces microbes vivent dans des conditions très variables; certaines otites moyennes ne contiennent que des *staphylocoques*, alors qu'un simple bouchon cérumineux est riche en *streptocoques*. Dans ces conditions il semble prématuré de vouloir diviser les otites en otites à *streptocoques*, à *pneumocoques*, à *staphylocoques*, etc.; car il n'existe pas de forme clinique bien nette correspondant à la présence de ces différents microbes.

Il nous semble donc très difficile d'établir aujourd'hui une classification des otites; d'autant plus que dans presque tous les cas l'examen des liquides pathologiques de la caisse, par exemple, a été pratiqué plus ou moins longtemps après la rupture du tympan.

Toutes ces recherches bactériologiques auraient évidemment une toute autre valeur si elles reposaient sur des examens faits dans certaines conditions spéciales, immédiatement après la perforation spontanée ou opératoire du tympan.

Si Netter (1) soutient que l'otite à *streptocoque* est la plus fréquente et la plus grave par ses complications, les recherches de Gradenigo, de Levy, de Schrader, de Zaufal, et les nôtres, ne paraissent pas militer en faveur de cette opinion.

En présence de la variété de microbes dans le conduit et la caisse, l'*antisepsie rigoureuse* de l'oreille s'impose. Cependant des médecins se servent d'instruments à peine essuyés après chaque malade, ou même négligent de nettoyer l'otoscope, ou bien prescrivent aux malades des solutions et des bains auriculaires, sans se demander ce que peuvent devenir des microbes dans de pareils milieux de culture.

Nous avons étudié l'*antisepsie de l'oreille et de la bouche* et l'*antisepsie des instruments et des médicaments*. Les

(1) Nous renvoyons à notre Mémoire, pour les indications bibliographiques.

lavages de l'oreille et de la bouche doivent toujours être pratiqués avec grand soin chez les malades atteints de suppurations auriculaires. Quant au choix de la solution antiseptique, il variera avec l'âge et la tolérance du malade, avec la nature et la durée de l'otite. Souvent tel antiseptique donnera de très beaux résultats en quelques jours chez un malade et ne réussira pas chez un autre. Aussi vouloir se servir d'un antiseptique, à l'exclusion de tout autre, dans les maladies de l'oreille, nous paraît une faute de thérapeutique.

Nous avons pris des otoscopes qui avaient servi à examiner des malades, et nous avons cherché les microorganismes qui y étaient accolés. Quelques-uns de ces instruments ont été simplement essuyés à un linge sec ; d'autres ont été trempés dans une solution de thymol ou de phénol, puis essuyés au linge ; d'autres enfin ont été trempés dans une solution antiseptique, essuyés et *flambés*.

Tous ces otoscopes placés dans des milieux de culture appropriés ont donné naissance à de nombreux microorganismes.

- |                                    |   |                                |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| 1° Otoscopes essuyés :             | { | <i>streptococcus.</i>          |
|                                    | { | <i>bacillus pyocyanicus.</i>   |
| 2° Otoscopes trempés dans une      | { | <i>gros bacilles</i> (?)       |
| solution antiseptique et essuyés : | { | <i>proteus vulgaris.</i>       |
|                                    | { | <i>staphylococcus.</i>         |
| 3° Otoscopes sans aucun net-       | { | <i>staphylococcus.</i>         |
| toyage :                           | { | <i>micrococci</i> (?)          |
|                                    | { | <i>tetrageni.</i>              |
| 4° Otoscopes trempés dans une      | { | rien, trois fois.              |
| solution antiseptique, essuyés et  | { | <i>prodigiosus</i> , une fois. |
| <i>flambés</i> :                   |   |                                |

On voit par ce tableau combien il importe de procéder à un nettoyage complet de l'instrument après s'en être servi. Tous ces otoscopes ont donné de nombreuses cultures, contenant des microbes pathogènes ou saprogènes, sauf ceux qui, après avoir été trempés dans une solution antiseptique et essuyés, ont été *flambés*.

Un grand nombre de personnes ont l'habitude de porter

du *coton* dans les oreilles même à l'état normal. S'il survient une inflammation ou un écoulement, le *coton* dans l'oreille est employé avec grand soin. Mais il est nécessaire de n'employer qu'un *coton* bien *aseptique*. Il faut donc recommander aux malades de ne se servir que d'un *coton* bien propre, qui n'ait pas trainé, comme c'est l'usage, dans une poche ou sur un meuble. Nous avons pris des échantillons de *coton* que des malades avaient sur eux (généralement dans leur poche), et qu'ils avaient l'intention de se mettre dans l'oreille, et nous en avons fait des cultures. Dans tous les cas des cultures variées de microbes saprogènes ont poussé. Comme des microbes pathogènes pouvaient s'y rencontrer et être ainsi déposés par le malade dans son conduit auditif malade, il est de toute nécessité de recommander aux malades l'emploi d'un *coton* propre et *aseptique*.

Nous avons également fait des cultures avec certains médicaments très employés en otologie, tels que la *décoc-tion de pavot et de guimauve*; nous avons obtenu de belles cultures de *bacillus subtilis* et de *micrococcus prodigiosus*: ce sont des microbes inoffensifs; mais sous prétexte que ces microbes ne sont pas pathogènes, aucun chirurgien n'ira sur une amputation de cuisse, par exemple, verser des cultures de *bacillus subtilis*: la plaie de l'oreille mérite les mêmes égards.

On ne devra donc employer que des *solutions antiseptiques* ou *aseptiques*, et des instruments bien nettoyés après chaque malade. De ces précautions, en apparence minutieuses et inutiles, dépendra souvent l'existence du tympan, sans parler des complications mortelles qu'une otite mal soignée peut amener.

---



## II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
ET NATURE DES RHINITES CHRONIQUESPar le Dr **Paul TISSIER.**

## I

La forme hyperplasique est la plus connue, osons le mot, *la plus exploitée* de toutes les formes de rhinite. Il suffit d'ouvrir un journal donnant asile aux faits de rhinologie, nous pourrions dire un journal médical quelconque, pour y lire : hypertrophie de telle ou telle partie de la muqueuse nasale, cautérisation au galvano-cautère ; c'est un cliché qui a conquis ses lettres de grande naturalisation dans le monde des spécialistes.

Il faut avoir le courage de le proclamer : si fréquente que soit la rhinite hyperplasique, si légitime qu'y soit dans les formes localisées l'emploi du galvano-cautère, il y a lieu de réagir contre l'abus véritable que l'on fait du diagnostic hypertrophie de la muqueuse nasale et du traitement par les cautérisations galvaniques.

Dans un autre travail (1), où nous nous sommes efforcé d'établir la fréquence de la rhinite chronique simple, jusqu'ici beaucoup trop négligée (peut-être même parce que le galvano-cautère n'a pas à intervenir ici), nous avons montré que le retentissement des affections nasales sur les organes voisins (gorge, larynx, oreille) n'était nullement lié d'une façon exclusive à la forme hyperplasique de la rhinite chronique. En outre, on ne doit pas perdre de vue qu'un certain nombre de cas de rhinite dite hypertrophique doivent être rangés sous un chef tout différent et rapportés simplement à des troubles vaso-moteurs.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous rattacherons les papillomes et les polypes muqueux, en raison des considérations que nous aurons à présenter plus loin, à la rhinite

(1) PAUL TISSIER. De la rhinite chronique simple. *Annales de médecine*, n° 23-25, 7-21 juin 1893.

hyperplasique. Dans la rhinite hyperplasique proprement dite, il nous faudra distinguer deux grandes formes suivant que les lésions seront diffuses ou limitées.

Quoiqu'il en soit, comme il s'agit ici d'un problème dont la solution présente, au point de vue spécial, un intérêt primordial, nous allons, tout d'abord, étudier avec plus de détails qu'on ne le fait d'ordinaire, les lésions propres de la maladie, ce qui va nous entraîner dans d'assez longs développements.

## II

Nous exposerons ici, en les complétant les uns par les autres et en les discutant, d'après les documents histologiques personnels que nous avons, à l'heure actuelle, réunis en assez grand nombre, les travaux de *Zuckerlandl*, de *Hopmann*, de *M. Châtellier*, de *M. Barbier*, etc.

*Follin* et *Duplay* rapportent, dans leur *Traité de pathologie externe*, l'examen fait par *M. Rendu* d'un cas de rhinite hypertrophique. Cette observation a servi pendant des années de prototype pour les descriptions des auteurs qui ne se donnèrent même plus la peine d'en citer l'auteur. Comme lésions caractéristiques, *M. Rendu* signale l'hyperplasie de l'épithélium, l'hypertrophie du chorion et le développement exagéré du système glandulaire.

*Lefferts* (*Encyclopédie internationale de chirurgie*) signale le développement d'un tissu connectif nouveau, l'infiltration embryonnaire des couches profondes, l'état de distension des glandes mucipares, à parois épaissies, la dilatation des vaisseaux, plus nombreux qu'à l'état normal, etc.

Les descriptions de *Bosworth*, de *Seiler*, de *Morell-Mackenzie*, sont déjà plus complètes, mais trop schématiques. Ces auteurs caractérisent ainsi les lésions de l'hypertrophie de la muqueuse nasale : prolifération épithéliale ; dégénérescence graisseuse de l'épithélium autour de l'orifice des glandes ; épaississement du basement membrane ; infiltration par de très nombreuses cellules lymphatiques de la muqueuse ; lacunes du tissu érectile séparées par de larges bandes irrégulières de tissu fibreux ; prolifération de l'endothélium de

ces lacunes ; oblitération de certains conduits glandulaires par les cellules lymphatiques ; transformation myxomateuse dans certains cas du tissu fibreux, etc.

Pour *Sajous*, il y a augmentation de tous les éléments de la muqueuse, néoformation conjonctive dans le tissu sous-muqueux et sa couche caverneuse et épaissement des parois des veines, ne permettant plus leur affaissement.

*Voltolini* fait jouer tout le rôle dans le processus de l'hypertrophie au tissu caverneux.

Dans deux cas de *M. Terrillon*, le tissu caverneux avait disparu et le tissu muqueux, très épais, était gorgé d'éléments embryonnaires, présentant tous les attributs d'un tissu cellulaire atteint d'inflammation.

*M. Châtellier* a étudié, dans une série de mémoires, l'hypertrophie de la muqueuse nasale et il conclut qu'il s'agit d'une dégénérescence myxomateuse de la muqueuse du cornet, dégénérescence qui porterait sur les points où la muqueuse renferme du tissu adénoïde ; dans un travail ultérieur, le même auteur décrit dans la basale très épaissie des canalicules étroits de 15 à 25 millimètres de longueur et de 3 à 5 millimètres de diamètre, la traversant perpendiculairement. Ces canalicules s'ouvriraient au dehors par une extrémité évasée en entonnoir, l'autre extrémité élargie se bifurquant dans une série de canaux, creusés sous la basale, formant un réseau qui communique avec les lymphatiques, dans ces cas dilatés et très abondants.

Ces canalicules, auxquels *M. Châtellier* a fait jouer un grand rôle dans la théorie du coryza, existeraient à l'état normal, mais ils ne sont visibles que lorsqu'ils se trouvent distendus et dilatés sous l'influence d'un processus inflammatoire.

*Zuckerkancl* (Bd. II, 1892) a trouvé comme substratum de l'hypertrophie de la muqueuse nasale un épaissement des couches superficielles de la muqueuse, apparaissant sous l'aspect d'un tissu connectif à fines fibrilles. Il y a habituellement infiltration embryonnaire ; les glandes ne paraissent pas jouer un grand rôle dans le processus : il y a rarement néoformation glandulaire. Dans l'hypertrophie de

la muqueuse de la paroi externe, les glandes subissent souvent la dégénérescence kystique. Au cours de la relation de ses examens histologiques, il signale dans plusieurs cas une dilatation énorme des vaisseaux.

M. *Barbier*, dont la thèse (Lyon, 1889) écrite sous l'inspiration du professeur *Renaut* constitue certainement le document le plus complet et le plus important sur la question, pense que les lésions consistent essentiellement en l'infiltration d'un tissu conjonctif embryonnaire par une énorme quantité de cellules migratrices et par une substance, la mucine, qui distend les espaces conjonctifs du tissu muqueux. Les modifications des vaisseaux ont paru à M. *Barbier* la partie la plus importante et la plus caractéristique des lésions; les vaisseaux, toujours très nombreux, sont des capillaires veineux, très dilatés, qui, nés des lacunes veineuses du tissu érectile normal, elles-mêmes augmentées de nombre et très dilatées, bourgeonnent dans tous les sens; c'est surtout vers la surface de la tumeur, qu'ils s'élèvent sous forme de mamelons, de productions papilliformes. Le terme de *myxangiome diffus de la muqueuse des cornets* exprime bien la nature histologique du processus.

### III

Il est facile de se convaincre du peu de concordance entre les données des auteurs; cependant certain point récemment mis en lumière et particulièrement par les auteurs français mérite d'être pris en considération, c'est la présence de mucine et l'état embryonnaire, myxomateux, du tissu conjonctif.

Jusqu'ici, c'est en se basant surtout sur la clinique que certains auteurs (*Schech, Rokitanski, Schæffer, Zuckerkandl*) avaient conclu à l'analogie du processus des hyperplasies de la muqueuse nasale et des polypes dits muqueux.

Les travaux que nous venons de signaler ont apporté à cette opinion, combattue jusque-là par plusieurs auteurs

(*Moldenhauer*), l'appoint, mieux la sanction définitive, au nom de l'anatomie pathologique.

C'est en nous inspirant de ces recherches et en suivant la technique indiquée par *M. Barbier*, que nous avons examiné un grand nombre de coupes de muqueuse nasale atteinte d'inflammation chronique; sauf sur quelques points de détail, nos résultats concordent avec ceux de cet auteur.

L'épithélium reste le plus souvent normal; cependant, sur les points saillants en contact avec les parties voisines (cloison), la couche épithéliale est plus mince, « formée d'éléments embryonnaires et recouverte d'une couche de mucus » jaune, simulant des couches épidermiques. »

Par places, « la ligne de revêtement se réduit à la couche génératrice infiltrée par les cellules migratrices, rendue ainsi irrégulière et même parfois pénétrée dans ses parties profondes par des bourgeonnements vasculaires. » *M. Barbier* pense qu'il s'agit là de points ulcérés pendant la vie.

Les lésions les plus habituelles sont l'infiltration lymphatique plus ou moins abondante (migration de leucocytes entre les lignes de ciment mou qui réunit les cellules cylindriques) et l'allongement particulièrement marqué au niveau des dépressions de la surface des cellules cylindriques de la couche superficielle et aussi parfois des cellules génératrices ou de la couche profonde.

La basale, ou membrane vitrée, est soit diminuée d'épaisseur, soit au contraire gonflée, translucide, et semble traversée par une foule de petits pertuis (canalicules perforants de *M. Châtellier*. Pour *M. le professeur Renaut* et pour *M. Barbier*, il s'agit ici simplement de l'insertion à la membrane vitrée des éléments de la trame connective sous-jacente, insertion qui se fait par la pénétration des faisceaux connectifs. Les prétendus canalicules ne seraient que des fibres minces, réfringentes, traversant la basale pour venir se terminer à sa surface, immédiatement au-dessous des pieds des cellules épithéliales.

Le tissu conjonctif sous-jacent se présente infiltré de cellules embryonnaires, plus ou moins nombreuses, parfois

tellement abondantes qu'elles semblent occuper toute la surface de la coupe.

Les cellules fixes de ce tissu (*tissu connectif embryonnaire*) s'ordonnent le long des vaisseaux; ses mailles sont infiltrées de mucine fibrillaire ou granuleuse. On se trouve donc en présence « d'un tissu muqueux jeune, exceptionnellement riche en mucine » et non d'un tissu cloisonné de fibrilles sans analogue dans toutes les autres tumeurs (*Châtellier*). C'est un tissu au contraire parfaitement connu de tous les embryologistes.

La présence de tissu réticulé n'a été constatée ni par M. *Barbier* ni par nous; cela tient vraisemblablement à une question de topographie; la présence de tissu adénoïde, autour des choanes, explique que certains auteurs aient rencontré ce tissu dans leurs coupes; néanmoins il est impossible de souscrire à l'opinion que la dégénérescence myxomateuse porterait sur des points occupés primitivement par du tissu adénoïde.

Les vaisseaux présentent des lésions aussi caractéristiques; les sinus, ou plutôt les lacunes veineuses profondes sont dilatées; elles communiquent largement ensemble: leurs parois sont plus ou moins épaissies et forment des contours d'ordinaire très irréguliers. Il est assez fréquent sur les fragments enlevés sur les vivants de ne retrouver qu'incomplètement cette couche de lacs sanguins. La couche de fibres musculaires lisses semble plutôt épaissie.

De ces lacs veineux montent vers la périphérie, des sortes de bourgeonnements donnant naissance à un réseau de capillaires qui s'étendent jusqu'à la basale où ils se recourbent en anse ou bien se terminent par un renflement ampullaire.

Ces bourgeonnements veineux, avec leurs expansions capillaires, présentent les caractères qu'on retrouve dans le derme fœtal (*Barbier*), et se comportent comme les vaisseaux en voie de développement (endo-veine rudimentaire, capillaires veineux distribués en éventail, s'anastomosant et se terminant en larges bourgeons munis de pointes d'accroissement, etc.).

Ainsi les vaisseaux néo-formés sont, au point de vue de

l'histogénèse, du même âge que le tissu connectif que nous avons décrit.

Sur le trajet des vaisseaux néo-formés, s'ordonnent des trainées d'éléments embryonnaires, sortis par diapédèse, et qui vont se répandre dans les mailles du tissu. Aussi M. Barbier considère-t-il les vaisseaux comme les agents actifs du valonnement de la muqueuse.

Les glandes sont peu intéressées; leurs altérations, pour cet auteur, seraient nulles et leur sécrétion conserverait toute son activité, ainsi que l'indique la présence dans le tissu glandulaire de nombreuses cellules migratrices. A noter que les glandes se présentent ici avec une netteté toute spéciale qui en rend l'étude facile.

Cependant *Zuckerkanal*, et avec lui de nombreux auteurs pensent que la dégénérescence cystique des glandes est relativement fréquente : pour M. Barbier, il s'agit d'une simple illusion: les prétendues cavités kystiques ne seraient que des plis profonds de la muqueuse. Cependant il nous a bien semblé que, notamment au niveau du cornet moyen, il existait dans certains cas dans la muqueuse hyperplasique quelques cavités kystiques d'origine glandulaire.

Nous avons jusqu'ici étudié la structure de la rhinite chronique hyperplasique d'une façon générale : il est important de faire remarquer que suivant les points, les lésions, tout en gardant le même type, présentent cependant certaines particularités.

*Extrémité antérieure du cornet inférieur.* L'extrémité antérieure du cornet inférieur est revêtue à l'état normal d'épithélium malpighien se transformant progressivement, à mesure qu'on s'éloigne en arrière, en épithélium cylindrique.

Sur les coupes de muqueuse de l'extrémité antérieure atteinte de rhinite hyperplasique, la surface épithéliale se présente relativement unie, simplement mamelonnée de larges et courts bourgeons; les vaisseaux sanguins apparaissent en énormes lacs communiquant largement à la partie profonde, d'où partent de larges boyaux donnant eux-mêmes naissance à de courts capillaires veineux remarquables par leur volume.

Les coupes portant sur la muqueuse de l'*extrémité inférieure du cornet postérieur* sont reconnaissables au premier coup d'œil par l'aspect papilliforme de la surface : celle-ci très irrégulière, finement vallonnée, présente de longues papilles vasculaires dont la variété de forme et de dimensions ne saurait être décrite. Les vaisseaux sont moins abondants ; des lacs veineux profonds s'élèvent « de larges fusées élégantes dont les arborisations dessinent à la façon d'un éventail la charpente vasculaire de la série des relèvements papilliformes » que nous avons indiqués.

Au niveau du *cornet moyen*, ce qui frappe tout d'abord sur les coupes, c'est l'abondance des glandes, ce qui tient à ce qu'à l'état normal celles-ci sont beaucoup plus nombreuses ici qu'au niveau du cornet inférieur ; comme nous l'avons déjà dit elles sont parfois transformées en cavités kystiques, et alors leur épithélium est constitué par des cellules cylindriques granuleuses.

L'infiltration par les cellules migratrices des mailles du tissu connectif est ici à son maximum, formant par places de véritables taches le long des vaisseaux excessivement dilatés.

Ceux-ci, à parois embryonnaires très minces, siège d'une diapédèse active sont particulièrement fragiles, ainsi que le montre la fréquence des hémorragies.

Au niveau de la *cloison*, les lésions rappellent d'une façon presque complète celles du cornet inférieur : développement du tissu connectif, infiltré de cellules migratrices très nombreuses, dilatation extrême des vaisseaux, les veines formant de véritable lacs d'où partent des bourgeonnements vasculaires.

A l'état pathologique on peut donc trouver sur la cloison un véritable tissu caverneux, ce qui n'existe pas à l'état normal. De même qu'au niveau des autres points, les glandes ne sont guère intéressées.

Ainsi déjà, sans mettre en avant les arguments tirés de l'étiologie et de l'évolution de la maladie, au simple point de vue de leur nature histologique, les lésions de la rhinite chronique hyperplasique nous apparaissent comme absolu-



ment comparables à celles des polypes muqueux ou myxomes : même tissu connectif jeune, muqueux, à mailles infiltrées d'éléments migrateurs et distendues par de la mucine, même intégrité des glandes, et nous ajouterons, contrairement à l'opinion de M. Barbier, même richesse vasculaire au moins dans certains cas (nous verrons plus loin que les vaisseaux sont souvent bien moins nombreux dans les polypes).

Enfin, il suffit d'avoir pratiqué un certain nombre de coupes pour avoir rencontré de nombreux types de passage entre les lésions de la rhinite chronique hyperplasique et celles des polypes muqueux.

Aussi croyons-nous qu'il y a nécessité de réunir ces deux processus, qui ne diffèrent guère que par leur forme et par leur siège.

Il nous reste un point capital à envisager. Comment doit-on considérer, en se plaçant sur le terrain anatomo-clinique, les lésions que nous venons de décrire ?

Pour les auteurs anciens qui n'avaient guère noté que l'infiltration leucocytaire de la muqueuse, le problème était simple : on se trouvait en présence d'un processus inflammatoire vulgaire, et l'expression de rhinite chronique répondait parfaitement à cette manière d'envisager les lésions.

M. Barbier qui a, le premier, rigoureusement établi la structure de la muqueuse hyperplasiée, se refuse à voir dans ses altérations le résultat d'une inflammation ; toute inflammation après le stade transitoire de retour vers le type embryonnaire tend à réaliser le type adulte et modelé du tissu enflammé, c'est-à-dire la cicatrice. Il faudrait donc admettre ici une inflammation qui ne saurait aboutir ! Aussi propose-t-il le nom de *myxangiome diffus* de la muqueuse nasale.

En nous plaçant au point de vue clinique, nous ne pouvons souscrire à cette opinion. L'étude attentive de l'évolution, les conditions étiologiques de la lésion prouvent, à notre avis, son origine initiale, inflammatoire.

Évidemment nous ne sommes pas habitués à pareil mode réactionnel des tissus vis-à-vis des processus inflammatoires, mais ne serait-il pas facile de trouver dans le groupe des affections inflammatoires des productions morbides à lésions,

dissemblables, sans doute, mais ne s'écartant pas moins du type vulgaire.

Ne peut-on admettre, sans entrer pour le moment dans d'autres détails étiologiques, que, sous l'influence des irritations répétées, la pituitaire réagit d'une façon spéciale, propre, et que les lésions que nous avons décrites ne sont que l'expression de ce mode réactionnel.

A l'appui de cette manière de voir, nous pouvons encore invoquer l'existence de lésions inflammatoires simples, qui manquent rarement, au niveau d'autres points de la muqueuse.

D'un autre côté, la rhinite hyperplasique est exceptionnelle chez les vieillards, ses lésions tendent à disparaître avec l'âge, sans doute par suite de changements survenus d'abord du côté des vaisseaux qui non seulement ordonnent, mais encore donnent leurs caractères propres aux processus anatomiques. Est-ce là le propre d'une formation néoplasique que cette tendance à la résolution chez les personnes âgées ?

Voici comment nous concevons les relations anatomiques entre les divers processus irritatifs de la muqueuse nasale :

*A. Rhinite chronique simple* : dilatation des vaisseaux ; absence de bourgeonnement vasculaire ; tissu conjonctif adulte infiltré de cellules embryonnaires relativement abondantes ; absence de mucine dans les mailles de ce tissu ; altérations glandulaires dégénératives assez fréquentes.

*B. Rhinite chronique hyperplasique* : dilatation considérable des vaisseaux ; bourgeonnements vasculaires et, comme conséquence, développement de tissu connectif jeune muqueux, à mailles distendues par de la mucine et infiltrées de cellules migratrices nombreuses provenant par diapédèse des vaisseaux néoformés ; peu ou pas d'altérations glandulaires.

*C. Polypes muqueux* : processus différant du précédent moins par leur qualité que par la forme et l'extension des lésions.

Ainsi, l'absence de néoformations, de bourgeonnements vasculaires, est la différence caractéristique du processus

de la rhinite chronique simple et de la rhinite hyperplasique.

Il entraîne la différence d'aspect et d'évolution des lésions : le tissu connectif reste à l'état adulte, ses travées apparaissent épaissies, et les cellules embryonnaires relativement abondantes, mais bien moins cependant que dans la rhinite hyperplasique, proviennent peut-être non de la diapédèse, mais des cellules fixes du tissu conjonctif.

La fréquence plus grande ici des altérations glandulaires concorde avec l'observation clinique des qualités habituelles de la sécrétion nasale chez les malades atteints de cette affection.

*D. Rhinite chronique atrophique simple* : au lieu de tendre à l'édification de nouveaux tissus, l'inflammation chronique évolue ici vers la sclérose : la muqueuse est transformée en une nappe de tissu fibreux à vaisseaux peu nombreux atteints de périartérite et d'endartérite ; métaplasie épithéliale, altérations glandulaires fréquentes, etc.

Cette étude anatomique de la rhinite chronique n'a pas seulement un intérêt théorique : elle a aussi une sanction pratique : en nous amenant à considérer les polypes muqueux comme des produits d'origine inflammatoire, elle nous fournit de précieuses indications thérapeutiques ; d'autre part, elle nous explique l'insuccès des traitements de la rhinite hyperplasique proposés par les auteurs qui la considèrent comme une inflammation chronique vulgaire.

---

## III

## VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Par **A. MICHEL DANSAC**,Interne des hôpitaux et de la clinique laryngologique de l'hôpital  
Lariboisière.

## I

L'histoire clinique des végétations adénoïdes est à peu près complète aujourd'hui. Nous ne disons pas complète, car dans leur symptomatologie, les auteurs n'ont traité que le côté du spécialiste. Les symptômes locaux, pharyngés, respiratoires et auriculaires, leur traitement chirurgical ont attiré seuls leur attention; se bornant et s'enfermant comme il arrive trop souvent, en pareil cas, au domaine étroit du spécialiste, ils ont négligé, dans leurs descriptions, non seulement, les rapports si remarquables de cette affection aussi grave que fréquente avec l'état général, mais aussi l'étude détaillée des lésions anatomiques.

Et pourtant, si les malades ne se rencontrent que rarement dans les services de médecine et de clinique générales de nos hôpitaux, ils abondent dans toutes les cliniques spéciales, nous n'en voulons pour preuve, que les faits dont nous sommes témoins, cette année, dans le service de notre cher et savant maître, M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière.

En moins de deux mois nous avons pu recueillir et étudier plus de trente-deux cas.

Les résultats des recherches personnelles que nous publions dans le présent travail nous paraissent dignes d'intérêt. Bien des points resteront encore à étudier. Nous nous bornerons donc ici à présenter, dans leur ensemble, en les comparant, les lésions, si particulières et si intéressantes, qui nous ont frappé.

Si modeste que soit notre but, si incomplète que soit cette étude, il nous paraît utile de livrer dès maintenant les conclusions qui nous paraissent s'en dégager.

Hormis les travaux de Cornil, et de Chatellier plus tard, les auteurs (les spécialistes surtout), qui décrivent les végétations adénoïdes, leur prêtent la structure du tissu réticulé *le plus normal*.

La publication de M. le professeur Cornil, à la Société anatomique (1884), le travail de Chatellier prouvent le peu de valeur d'une pareille description. Depuis cette époque, il ne s'est fait aucune étude sérieuse, et, nous avons avoir éprouvé une sérieuse désillusion en ne trouvant dans nos deux Traités récents de chirurgie et de médecine, que la relation des faits établis antérieurement par les deux auteurs précédents.

Parmi ceux qui se sont occupés de la question, nous mentionnerons : Michel de Cologne, Hartmann, Trautmann et Fraenkel, en Allemagne; Woakes, Creswell Baber et Morell Mackenzie, en Angleterre; Meyer et Lange (Danemark); Bosworth, Hooper, Blake, Sajous, en Amérique.

Dans son remarquable *Traité des maladies du nez*, Mordenhauer a fait une bonne étude des végétations.

En France, depuis Læwenberg, en 1879, nous ne trouvons guère que les travaux de Dubief (1883), et Chatellier (1886), qui publia son travail après la communication de Cornil, à la Société anatomique (1884).

Nous ne citons ici que les travaux dans lesquels on peut trouver des notions d'anatomie pathologique précises.

Avant d'aborder ce côté de la question, qui nous occupera exclusivement, nous devons rappeler brièvement l'anatomie normale de l'anneau de Waldeyer.

## II

### *Anatomie normale de l'anneau de Waldeyer et des lymphatiques du rhino-pharynx.*

His et Kölliker, les premiers, sous le nom de tissu adénoïde ou tissu cytogène, découvrirent les amas de tissu réticulé de la muqueuse pharyngienne.

Luschka en précisa la disposition anatomique, ainsi que les relations avec les amygdales, et les follicules clos de la base de la langue.

Le tissu adénoïde, ou d'une façon plus précise les follicules clos de la muqueuse rhino-pharyngienne, sont disséminés dans leur plus grand nombre. Néanmoins, même à l'état normal, ils tendent à se grouper en amas, se réunir plus spécialement en certaines *régions*, affectant une forme et des rapports à peu près constants.

Ainsi, sur la ligne médiane, entre les deux orifices de la trompe d'Eustache à la partie supérieure du bord postérieur de la cloison nasale, à la voûte même du rhino-pharynx, il existe une véritable amygdale pharyngée, amygdale de Luschka. Cette dernière se trouve réunie aux amygdales buccales, par une série de petits amas lymphatiques, peu volumineux à l'état normal, qui descendent latéralement sur les bords externes des orifices postérieurs des fosses nasales, jusqu'à l'origine des deux piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais circonscrivant les amygdales buccales où ils se terminent.

Ainsi constituée, cette chaîne lymphatique, de forme ogivale, se trouve embrasser par ses bords inférieurs la base de la langue au niveau du V lingual.

Mais là elle se continue, transversalement, avec les follicules clos de la base de cet organe, en avant de l'épiglotte.

Ces derniers, normalement, se dessinent vaguement sous la muqueuse linguale. Néanmoins, il s'est constitué ainsi un cercle lymphatique complet, un anneau fermé, étendu de la voûte pharyngienne à la base de la langue, qui porte le nom de l'auteur qui en a donné le premier la description précise et complète : *Anneau de Waldeyer*.

Parfois, comme nous venons d'avoir le bonheur d'en observer un exemple typique, les follicules lymphatiques qui ferment le cercle en bas, s'hypertrophient au point d'atteindre un volume égal, sinon supérieur, à celui des amygdales latérales. Ainsi se trouve formée une véritable *amygdale linguale*, analogue à l'amygdale pharyngée, la *quatrième amygdale* (1), pour lui donner le nom propre dont l'ont dotée les spécialistes qui l'ont observée.

(1) Mais contrairement à l'amygdale pharyngée, l'amygdale linguale n'est jamais qu'une *anomalie* pathologique.

Le lecteur trouvera dans l'ouvrage de MM. Gouguenheim et J. Glover (actuellement sous presse) un dessin aussi précis qu'exact de cet anneau lymphatique, dû au talent et aux consciencieuses recherches anatomiques de notre collègue et ami Glover.

En terminant ce court exposé anatomique, nous ne saurions trop insister sur le siège de l'amygdale de Luschka, et des follicules voisins *au niveau de la voûte, près de la cloison.*

En ce lieu, la muqueuse repose *directement sur le périoste sous-jacent*, et, point des plus remarquables, les follicules de la partie élevée du rhino-pharynx ou cavum sont *exactement sous-jacents à la surface osseuse d'où naissent les polypes naso-pharyngiens vrais, fibro-sarcomes*, si communs autrefois et relativement *si rares aujourd'hui*. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet plus loin.

### III

#### *Vue d'ensemble des lésions anatomiques. — Technique.*

Les végétations adénoïdes du rhino-pharynx se présentent sous des aspects les plus variés. Nous pouvons dire, en nous basant sur nos trente-deux cas personnels, que leur aspect extérieur, leur forme, volume et *consistance même* ne peuvent rien faire préjuger de leur nature. La consistance, par exemple, peut être molle alors que l'examen histologique démontrera la prédominance du tissu fibreux sur le tissu lymphoïde ganglionnaire, dure dans le cas contraire.

Il serait également téméraire de se prononcer sur l'état atrophique des cellules lymphoïdes, d'après le seul volume de la tumeur. Telle végétation dure ou molle, volumineuse, présente une atrophie fibreuse avec ou sans dégénérescence des éléments lymphatiques. Telle autre, petite et dure, montrera, au contraire, ces derniers, en pleine prolifération, sans participation des tractus fibreux, ou du tissu réticulé au processus pathologique.

Il est vrai de dire que ces conclusions n'ont pu être établies que d'après nos examens de végétations, provenant d'enfants, ou d'adultes, de 7 à 35 ans.

Chez le vieillard, la végétation atrophiée, selon les auteurs, présenterait une dureté proportionnelle à la prédominance fibreuse sur l'élément lymphoïde.

Ainsi que nous le dirons plus loin, cette atrophie fibreuse serait *généralisée à tout le tissu*, sans se localiser plus spécialement en certains points déterminés de l'organe lymphoïde.

Cette réflexion est d'autant plus importante, que la répartition et le mode du processus fibreux adulte doivent être scrupuleusement déterminés, pour poser le diagnostic anatomo-pathologique.

Non seulement, on devra préciser le début de la production fibreuse, mais encore l'état *adulte ou embryonnaire de ce tissu*. De cet état dépendent, en effet, le pronostic et la raison des indications thérapeutiques locales et générales, chirurgicales ou médicales, après ablation.

Enfin, l'anatomo-pathologiste scientifique et consciencieux cherchera toujours à mettre en rapport les lésions observées, avec la nature de l'agent pathogène, ou l'affection générale dont la végétation adénoïde n'est qu'une manifestation secondaire, lors même que les accidents locaux sont le premier signe clinique révélateur de cette même affection.

Pareilles recherches ainsi dirigées ne sont pas sans présenter de grandes difficultés, par suite des opérations délicates sinon laborieuses qu'elles exigent. Aussi exposons-nous brièvement les diverses méthodes que nous avons suivies, ainsi que les points essentiels à suivre dans la lecture des coupes histologiques dont l'interprétation est difficile sans une technique appropriée. La technique est d'autant plus importante ici qu'on est, somme toute, en présence de véritables organes hématopoiétiques, de véritables ganglions lymphatiques.

La fixation des pièces dès l'ablation est un point capital.

On peut employer la liqueur de Müller, mais nous lui préférons de beaucoup le mélange chromo-nitrique et mieux le picro-chromo-nitrique dont on trouvera la formule dans l'ouvrage spécial de Henneguy (1).

Ce dernier mélange joint aux avantages d'une fixation par-

(1) HENNEGUY et BOLLES LEE, *Traité microscopique*.



faite, celui de ne pas nuire aux colorations ultérieures, même après durcissement par la celloïdine. Nous ne saurions donc trop le recommander.

La pièce encore vivante, mise directement dans le liquide, doit y séjourner pendant vingt-quatre heures, et à l'abri de la lumière.

On la passe ensuite dans de l'alcool à 70 degrés faible, où elle se lave en même temps que commence son durcissement.

Pour compléter le dernier, on peut employer l'alcool absolu, seul, ou si l'on dispose de plusieurs fragments en mettre une partie dans ce dernier réactif, et une autre dans la celloïdine, suivant la technique habituelle.

Quand le fragment est trop petit et unique, mieux vaut après l'alcool absolu durcir par la celloïdine, car rien n'est difficile que d'obtenir des coupes fines et bien montées après coloration, de ce tissu adénoïde. Pourtant, l'emploi des deux moyens, alcool absolu et celloïdine, est précieux, car sur les coupes pratiquées après l'action du premier réactif on peut chasser au pinceau ou après agitation dans un tube à expérience, les éléments lymphatiques et sanguins pour mieux étudier la charpente réticulée, dans les cas *toutefois rares* où les cellules lymphoïdes n'adhèrent pas à ce dernier. Nous reviendrons sur ce point si important.

Les coupes faites à la celloïdine seront reçues dans de l'alcool à 90 degrés tout d'abord, celles à l'alcool absolu dans l'eau.

Pour étudier les mitoses des éléments sanguins hématopoiétiques, les coupes seront reçues dans l'alcool absolu, ou à 90 degrés.

Les colorations, plus que dans tout autre genre d'étude histologique, devront être multiples. D'après nous, il est indispensable de voir concorder les actions histochimiques de plusieurs substances sur un élément, pour affirmer la nature et l'ordre de ses lésions. Les recherches sur les éléments de l'hématopoïèse des organes lymphoïdes, leur différenciation histologique, exigent de patientes et laborieuses manipulations, pour autoriser une affirmation réellement scientifique et indiscutable.

La variété nombreuse des tissus qui composent la végétation adénoïde totale rend encore plus indispensable la pratique de cette technique.

En effet, d'une part, il nous faut considérer les éléments lymphoïdes proprement dits. De l'autre, ces derniers sont plongés au sein même d'une muqueuse, dont les éléments anatomiques participent aux lésions lymphadéniques caractéristiques de la tumeur adénoïde, dans un rapport souvent difficile à préciser.

Cette muqueuse elle même, au niveau de l'amygdale de Luschka notamment, recouvre directement le périoste avec lequel elle se confond dans sa *vitalité normale et pathologique*.

Sur certaines coupes, à côté des éléments lymphoïdes et de la sclérose peri-vasculaire sanguine et lymphatique, on peut constater une altération de l'endothélium des voies lymphatiques.

Enfin, à l'une des extrémités de la végétation enlevée dans sa totalité et convenablement orientée, on peut constater la présence d'*acinis glandulaires*, dont les *lésions intrinsèques et extrinsèques méritent une attention spéciale*.

L'examen méthodique d'une coupe de végétations devra donc porter : 1° sur l'épithélium périphérique et le chorion de la muqueuse; 2° sur la disposition des follicules de la zone corticale du ganglion hypertrophié, leur rapport avec les vaisseaux périphériques; 3° sur la partie médullaire contenant les voies efférentes.

Y a-t-il hyperplasie conjonctive? On en déterminera le siège soit à la périphérie des follicules, soit à leur centre, soit à la portion médullaire. On cherchera à préciser le point de départ du processus irritatif, vaisseaux, couches sous-épithéliales, prolifération de certains éléments lymphoïdes.

Il faudra établir surtout autant que possible le rapport des lésions lymphoïdes avec l'hyperplasie conjonctive.

La répartition des éléments sanguins et lymphatiques, leur accumulation au centre du follicule ou à sa périphérie, leur nature (*leucocyte, globule adulte ou érythrocyte*), est un point capital.

Il en est de même des figures karyokinétiques, du mode de division indirecte ou directe.

La disposition symétrique ou asymétrique des figures de mitose devrait être étudiée avec soin. Mais nous laisserons de côté ce dernier point, dans le présent travail. Nous y reviendrons, dans une étude plus complète et détaillée sur la pathogénie et l'anatomie pathologique des éléments hématopoiétiques. On devra donc procéder ainsi qu'il suit :

a) Une série de coupes seront colorées au picro-carmin Ranvier (montage à la glycérine) et au picro-carmin de Orth (montage au baume).

L'ensemble général des lésions, la distribution du tissu conjonctif, seront ainsi facilement déterminés.

b) D'autres coupes seront colorées au carmin aluné, acétique, au carmin acétique, au picro-carmin et hématoxyline, et éosine-hématoxyline. Ces dernières seront plus spécialement destinées à l'étude des noyaux des leucocytes et des fibres conjonctives.

Le carmin acétique conservé dans la glycérine chloralée, et additionnée de quelques gouttes de ce réactif, dessinera, avec une netteté admirable, les fibres réticulées et leurs noyaux.

L'éosine-hématoxylique montrera les réseaux sanguins, les sinus, dilatés et remplis de globules rouges, indiquant ainsi la répartition ou l'accumulation des leucocytes et globules, dans le système folliculaire ou médullaire de la masse lymphoïde.

c) Pour l'étude du tissu conjonctif et connectif péri-vasculaire, on choisira de préférence le carmin boracique alcoolique de Grenacher. Une technique encore meilleure consiste à colorer une coupe à l'hématoxyline de Grenacher, et, après lavage, la colorer par le *carmin à l'acide borique alcoolique*.

Ce dernier réactif met en relief les fibrilles réticulées et conjonctives les plus fines, dont la couleur rose vif tranche sur les noyaux, des éléments cellulaires colorés en violet foncé.

Il nous paraît être le réactif de choix pour l'étude de la charpente réticulée des organes lymphoïdes, ainsi que des parois vasculaires.

d) Enfin on procédera à l'étude des mitoses, ainsi que des éléments de l'hématopoïèse.

La technique que nous avons adoptée dans nos recherches sur la *leucocythémie suraigue d'emblée* envisagée comme sarcome suraigu (cancer du sang), nous a donné des résultats excellents (voir *Gaz. hebdomadaire*, mars 1893).

Les colorations des figures karyokynétiques après fixation au liquide A d'Hayem, seront obtenues par le vert de méthyle préparé comme nous l'avons indiqué ou par l'hématoxyline d'Ehrlich. Le fond sera coloré à l'éosine de Hayem, ou au *rouge congo*. Ces dernières préparations montreront également les *Plastzellen* d'Ehrlich.

Il est préférable de conserver les coupes dans la glycérine, préparée selon la formule que nous avons donnée.

La coloration au carmin d'indigo oxalique de Thierch ou au carmin d'indigo de Merkel, si belle quand elle est bien réussie, vient compléter et confirmer les résultats de la technique précédente. Les éléments sanguins, les cellules hématopoïétiques se colorent en vert comme caractéristique, les cellules épithéliales en bleu, les cellules endothéliales en violet verdâtre et les fibres conjonctives en rose. Les noyaux sont bleu foncé. Les cellules glandulaires en bleu ou rouge violet, selon leur âge.

Enfin on colorera certaines coupes par les méthodes de Kühne, Gram et Ziehl, pour les recherches des parasites.

#### IV

##### *Végétations adénoïdes chez les enfants de 5 à 14 ans.*

De 5 à 14 ans, les végétations se présentent sous forme de masses volumineuses. Un des principaux caractères que nous avons observé, c'est en quelque sorte la disposition lobulée de la tumeur adénoïde qui, déjà visible à l'œil nu, est parfaitement nette à un grossissement modéré.

La consistance de la tumeur n'a rien de constant, mais elle nous a semblé d'autant plus ferme que cette disposition lobulée tendait à disparaître.

La muqueuse, d'un blanc rosé, semble s'invaginer entre

les poussées adénoïdes de dedans en dehors, plus ou moins profondément.

La surface de la végétation est comme granuleuse, creusée de profonds sillons. En examinant attentivement, on peut se convaincre que les petites masses agglomérées, séparées les unes des autres par des sillons, sont plus ou moins fermes individuellement. De la soudure de ces dernières, de la disposition des sillons résultera une consistance plus homogène.

Le plus souvent, la masse lymphoïde est allongée, parfois pédiculée. Les agglomérations de follicules visibles à la loupe ou même à l'œil nu semblent naître d'un point central, irradiant au dehors, soit comme les rayons d'un cercle, soit implantés perpendiculairement sur une ligne centrale fibreuse parallèle au grand axe de la tumeur adénoïde.

Plus l'enfant est âgé, moins les sillons et les lobules sont accentués. La fermeté ou la mollesse de la végétation paraît tenir plus encore à cette disposition, qu'à la constitution histologique de la masse anormale (tissu fibreux ou lymphoïde).

Nous avons rencontré une exception à cette règle. L'ensemble des lésions y présentait une analogie frappante avec celles d'une végétation nettement syphilitique.

S'agirait-il, dans ce cas, de syphilis héréditaire? Il serait aussi important qu'intéressant de le déterminer. Malheureusement, nous n'avons pu recueillir aucun fait, ni aucun renseignement assez précis pour émettre une conclusion rigoureusement scientifique et consciencieuse.

Sur les trente-deux cas de végétations que nous venons d'étudier, nous en comptons dix-sept survenus chez des sujets de 5 à 14 ans, c'est-à-dire un peu moins de la moitié.

Entre 13 et 14 ans et demi, la lésion tend à présenter les formes de transition, entre les lésions adultes et les lésions infantiles, quel que soit leur groupe nosologique.

Ces formes de transitions sont d'autant plus nettes qu'on examine des pièces provenant de sujets âgés de 15 à 20 ans, surtout de 15 à 17 ans.

Sans l'examen histologique on ne peut donc pas faire le

diagnostic nosologique anatomique. Ni le volume, ni l'aspect extérieur ne suffiraient à établir la nature de la végétation adénoïde.

Cette période de transition, qui mérite une description spéciale, s'annonce par le pelotonnement de la masse. Elle s'arrondit ou s'étale, s'encapsule, pour ainsi dire.

Néanmoins, la surface extérieure n'est jamais lisse ni parfaitement unie. Des saillies, des granulations rappellent la lobulation primitive. Sur des végétations volumineuses de 13 à 14 ans, l'aspect extérieur est entièrement conforme à celui de l'amygdale normale qui n'est autre chose, on le sait, qu'un amas, un conglomérat de follicules clos.

C'est d'ailleurs ce dernier aspect qui, attirant l'attention de Luschka, lui fit faire la description de cette troisième amygdale qui porte aujourd'hui son nom et à juste titre.

Sur les trente-deux cas qui ont fait l'objet de cette étude, dix-sept rentrent dans la série que nous établissons entre 5 et 15 ans. A cet âge, les végétations sont toujours plus ou moins volumineuses, mais il est à remarquer que les troubles locaux eux-mêmes, *justifiant l'intervention chirurgicale, « dépendent bien plus de l'état général que du siège et du volume de la végétation. »*

L'examen histologique non seulement justifie cette assertion, mais en donne l'explication. La structure même des tissus morbides, la nature des lésions primitives et secondaires, sont toujours soumises au terrain morbide à l'état général acquis ou héréditaire. Ce point est d'autant plus important qu'il résume toute indication d'une intervention chirurgicale *légitime et opportune.*

Certaines végétations présentent des lésions scrofuleuses *typiques*, d'autant plus nettes et intéressantes qu'il nous sera facile de démontrer combien il a été *dangereux et anti-scientifique* de les confondre avec les lésions tuberculeuses.

Nous n'avons pas une seule fois trouvé ces dernières, pas plus que de bacilles de Koch, sur des coupes colorées au procédé d'Erlich ou de Ziehl, fait absolument en rapport

avec la répartition et la nature anatomo-pathologique des lésions (1).

Le lymphome *aleucémique* ou *pseudo-leucémique* vient en première ligne par ordre de fréquence.

Les lésions syphilitiques rares chez l'enfant sont très difficiles à distinguer des lésions leucémiques en voie de régression ou mieux de *transformation à l'état adulte*.

Enfin jamais nous n'avons observé d'hyperplasie simple inflammatoire.

Dans chaque série de coupes, nous avons recherché avec le plus grand soin la présence des micro-organismes, par les différents procédés de coloration, notamment les méthodes de Ziehl, de Gram et de Kühne. Nos résultats ont été nuls.

Ce n'est pas dire que nous n'ayons sur presque toutes nos coupes constaté la présence de micro-organismes. Mais nous n'avons trouvé dans la plupart des cas *aucune relation pathogénique évidente entre la présence de ces parasites et la réaction morbide des tissus où ils se rencontraient*. On peut même dire que, dans la règle, les microbes se retrouvent à la surface de la végétation dans les cellules épithéliales ou à leur surface, là où il n'existe aucune lésion anatomique d'origine parasitaire.

En dehors des vulgaires saprophytes, nous n'avons pas rencontré une seule fois d'autres microbes que le leptothrix buccalis et le pneumocoque de Talamon et Fraenkel, plus rarement le diplococcus de Friedlander.

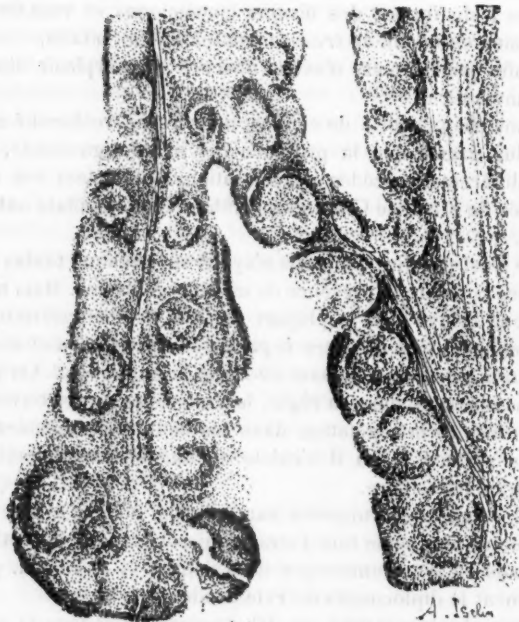
Nous n'avons jamais pu déceler sur nos coupes la présence d'autres micro-organismes. Ce fait, d'ailleurs, serait parfaitement d'accord tant avec la nature des lésions histo-

(1) Néanmoins, il est certain que la tuberculose adénoïde primitive vraie, indépendante de toute lésion scrofuleuse antérieure, peut et doit se rencontrer. En tous cas, la présence du bacille dûment constatée n'autorise pas à faire le diagnostic anatomique de lésion tuberculeuse. Cette lésion peut *en effet être primitive* et bien distincte alors des lésions scrofuleuses. Elle peut être secondaire, le bacille évoluant *sur un terrain scrofuleux*. Nous maintenons cette opinion, car tout présentant, par la dégénérescence caséuse, la caducité des éléments atteints, la sclérose oblitérante, un certain degré de parenté, la scrofule et la tuberculose adénoïde se distinguent absolument par leur processus anatomique et physiologique.

## PLANCHE I

## VÉGÉTATIONS SCROFULEUSES AU DÉBUT

ENFANT DE 9 ANS



A. Iselin

Coloration au picro-carmin

Ces follicules hypertrophiés forment un système en grappe, groupés autour d'un axe central, qui représente les voies efférentes. Chacun des systèmes se trouve séparé par une invagination de la muqueuse dont l'épithélium à cils vibratils est encore conservé par place. On voit très peu de vaisseaux, les follicules les plus gros commencent à subir la nécrobiose qu'indique une diminution de teinte du centre à la périphérie. Il n'y a pas trace de sclérose à cette période, période hyperplasique au début.

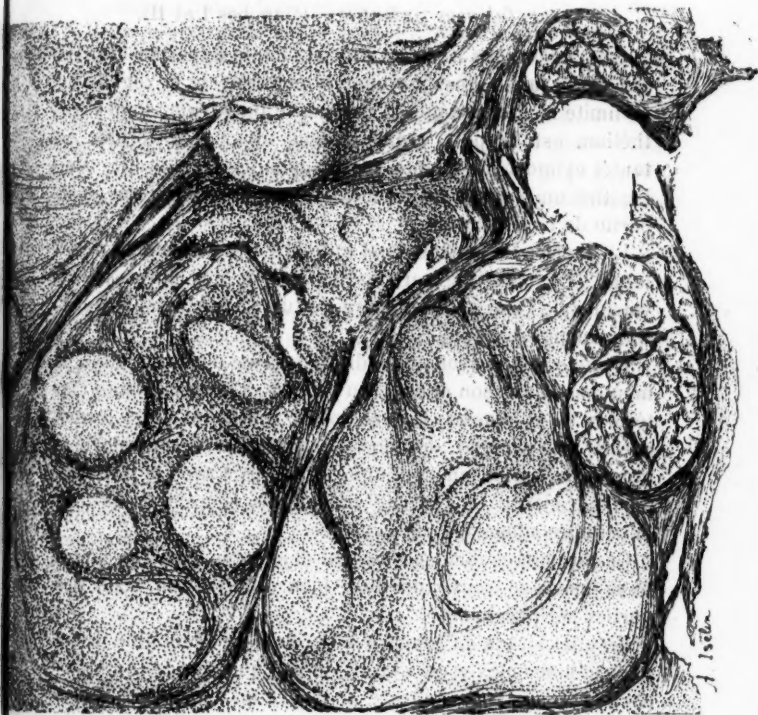
Grossissement 60 diamètres.



## PLANCHE II

## VÉGÉTATIONS EN VOIE DE TRANSFORMATION SCLÉREUSE

ENFANT DE 12 ANS



Les follicules en voie de fonte caséuse tendent à prendre une disposition en amas dans lequel va pénétrer le tissu conjonctif dû à une inflammation secondaire. Cette sclérose semble partir de la glande des acinis située au niveau du point d'insertion de la tumeur adénoïde où elle est la plus abondante. Elle part de ces glandules pour se répandre d'une façon disséminée, sans ordre régulier dans l'intérieur du tissu lymphatique proprement dit. Les follicules lymphatiques sont en pleine fonte caséuse que tend à arrêter le processus scléreux. Les vaisseaux lymphatiques éfferents sont entourés et oblitérés par cette sclérose inflammatoire secondaire.

Grossissement 60 diamètres.

logiques dont nous allons donner la description qu'avec les phénomènes cliniques.

## V

### A. — *Lésions scrofuleuses. — Végétations adénoïdes scrofuleuses infantiles* (Planches I et II).

Ces végétations n'offrent qu'une simple hyperplasie au début. A un faible grossissement, le pourtour de la végétation, sa limite n'est autre que la muqueuse du cavum, dont l'épithélium est le plus ordinairement intact. Ce dernier est tantôt cylindrique simple, tantôt cylindrique vibratil. Mais l'épithélium à cils vibratils n'existe jamais que sur une seule partie de la végétation.

Le chorion sous-jacent est toujours très faiblement développé (1); constitué par des cellules et des fibres jeunes voisines de l'état embryonnaire, et un réseau vasculaire extrêmement développé.

Comme nous l'avons déjà dit, la surface n'est pas unie, la muqueuse avec son épithélium pénètre, s'invagine dans l'intérieur de la masse. Le cul-de-sac épithélial ainsi formé, parfois très profond, descend jusqu'à la partie centrale de la tumeur adénoïde en continuité d'une part avec le pédicule, de l'autre avec le système médullaire, effèrent de la zone folliculaire adénoïde hypertrophiée.

Ces premières données laissent déjà entendre qu'au centre de la masse se trouve un tissu bien différent de celui des parties périphériques.

En effet lorsqu'on examine une coupe de végétation complète et bien enlevée en totalité, on voit qu'à une des extrémités de la zone axiale centrale, se trouve un amas d'acinis formant des masses ovalaires à base dirigée dans l'épaisseur de la végétation adénoïde. Le sommet qui correspond à l'embouchure des canaux excréteurs à la surface de la muqueuse se trouve en rapport direct à ce niveau avec l'épithélium de la

(1) Nombre d'auteurs ont nié la présence des tissus de la muqueuse. Dans une récente Revue, M. Raugé a comme eux insisté sur cette « absence de la muqueuse ». Nous n'avons pas constaté ce fait que rien ne saurait expliquer sinon l'examen de coupes mal fixées et incomplètes.

muqueuse du cavum, en continuité avec l'épithélium des glandes et de leurs canaux excréteurs. En ce point même, la glande et ses conduits excréteurs sont *comme englobés de toute part par la masse folliculaire qui tend à l'enserrer, l'étouffer pour ainsi dire.*

La masse folliculaire adénoïde qui est voisine des canaux excréteurs ou des acinis superficiels affecte une forme absolument inverse, c'est-à-dire base superficielle et sommet profond. La convergence du système glandulaire excréteur étant dirigée vers la périphérie ou surface libre de la muqueuse, le système médullaire ou efférent des follicules se dirige au contraire vers le centre pour gagner les réseaux capillaires, sanguins et lymphatiques sous-muqueux.

La structure normale de la muqueuse pharyngienne rend parfaitement compte de cet aspect d'une végétation adénoïde.

En effet, la muqueuse pharyngée possède de nombreuses glandules, tantôt en tubes, tantôt en grappe, dont les canaux excréteurs de très petites dimensions débouchent après avoir suivi un trajet, tantôt oblique, tantôt perpendiculaire.

Toutes ces glandes sont disséminées et *séparées par un autre ordre d'élément, c'est-à-dire par des follicules clos*, en tous points analogues à ceux de l'intestin. Cette analogie se complète par la tendance de ces follicules à s'agglomérer en certains points, tout comme dans le canal digestif où ils constituent les follicules agminés ou plaques de Peyer. On sait que souvent cette agglomération de follicules se produit autour d'une glande intestinale.

Si l'on veut bien suivre cette comparaison, on comprendra facilement alors la procession du développement de la végétation adénoïde.

L'hyperplasie complète de plusieurs des follicules qui avoisinent une glandule pharyngée, *normale et intacte*, se produit sans rien changer à leur direction et leurs rapports anatomiques normaux, tandis que les éléments glandulaires étrangers au processus pathologique conservent leur volume et leur structure normale. La multiplication du tissu lymphoïde se poursuit dans tous les sens. Il en résulte que la

base du follicule qui regarde à la périphérie vient faire saillie sous la muqueuse, soulevant l'épithélium et le chorio-périglandulaire, circonscrivant une dépression de plus en plus accentuée dans l'orifice du canal glandulaire.

On conçoit aisément qu'un pareil développement ne tarde pas à constituer une masse saillante dans la cavité du rhino-pharynx. Nous avons supposé que toute la couronne de follicules clos s'hyperplasiait progressivement et également autour de la glande. Mais il peut arriver qu'un segment du cercle lymphatique seulement s'hypertrophie. La glande et son conduit se trouveront alors enclavés dans un fer à cheval plus ou moins complet.

De plus il en résulte que les acinis seront en rapport avec la partie médullaire efférente des follicules hyperplasiés et réunis, saillant dans le cavum, adhérent à la paroi du rhino-pharynx, par une zone d'insertion plus ou moins étroite, continue avec les tissus profonds et sous-jacents.

Cette implantation presque toujours sessile, peut néanmoins être pédiculée dans certains cas.

Si nous avons tant insisté sur ce point, c'est que non seulement les rapports anatomiques du tissu lymphatique avec la glande normale mais encore l'absence totale de participation de cette dernière au processus hypertrophique primitif (nous pourrions dire néoplasique pour certains cas) est caractéristique de la végétation adénoïde scrofuleuse.

Cette affection nous paraît être essentiellement une *maladie générale à prédominance locale*, non infectieuse, non parasitaire, *liée* à des troubles de nutrition de l'organisme en rapport avec une perturbation de la fonction hématopoïétique.

Si l'on avait tenu compte des rapports anatomo-pathologiques des éléments glandulaires et lymphatiques, on n'aurait pas confondu entre elles deux affections si profondément distinctes, bien que leur coïncidence soit des plus remarquables, c'est-à-dire l'angine granuleuse et les végétations adénoïdes.

Rien ne le montre mieux que l'influence secondaire si variée d'une inflammation glandulaire sur le processus anatomo-pathologique primitif de l'élément lymphoïde.

Bien mieux encore, selon la nature scrofuleuse, leucémique ou syphilitique de la végétation, cette influence sera nulle ou réelle, devenant ainsi un élément précieux de diagnostic histologique.

Aussi l'examen méthodique de la végétation, tant chez l'enfant que chez l'adulte, devra porter sur les points suivants :

- 1° Répartition et aspect des follicules, *état de la glande* ;
- 2° Système médullaire ou efférent ;
- 3° Rapports de ces derniers avec les vaisseaux sanguins et lymphatiques ;
- 4° Nature et altérations des cellules lymphatiques et hémato-poïétiques.

Chez les scrofuleux, la végétation adénoïde dans sa partie folliculaire rappelle en tous points la zone d'un ganglion lymphatique. Les follicules y sont simplement hyperplasiés tout d'abord, mais bientôt vont prendre leur caractère spécifique. On peut suivre la marche du processus sur les pièces provenant des plus jeunes sujets 5 ans ou 7 ans. Sur une même préparation on peut en effet constater des lésions hyperplasiques simples, dégénératives et inflammatoires.

Les follicules tendent à se grouper en amas mais d'une façon caractéristique. Ils forment un véritable système, se disposant en grappes composées de 5 à 7 follicules. Les grappes sont séparées par des fentes linéaires correspondant aux invaginations de la muqueuse ou à ses plissements déterminés par l'excroissance sous-jacente des follicules (1).

L'axe de la grappe plus ou moins large, rectiligne est constitué par la réunion des vaisseaux efférents de chaque follicule qui conserve sa forme piriforme, rattaché à l'axe commun par ses vas efférents sanguins et lymphatiques. L'axe lui-même n'est que la continuation du follicule le plus superficiel terminant la grappe.

Ces follicules hypertrophiés sont très rapprochés et tendent à se fusionner comme nous le verrons en suivant la marche ultérieure du processus.

Cette hyperplasie n'est pas sans déterminer une légère

(1) Voir pl. I.

réaction du tissu conjonctif ambiant, surtout au voisinage de la couche épithéliale. En même temps le follicule est le siège d'une véritable congestion. Les sinus et les vaisseaux sanguins périphériques sont distendus et dilatés.

Ces troubles circulatoires se développent en même temps que l'hyperplasie dans l'intérieur même du follicule, dont la charpente réticulée s'épaissit et tend à oblitérer les vaisseaux.

A mesure que se produit cette hyperplasie et cette production inflammatoire, le pourtour du follicule s'épaissit : des vaisseaux efférents se dilatent de plus en plus tandis qu'*au contraire* les capillaires intra-folliculaires et les voies efférentes deviennent de moins en moins larges, *contiennent moins d'éléments sanguins et lymphatiques*.

Les éléments périphériques prolifèrent excentriquement, pendant que la *partie centrale*, au contraire, reste remplie d'éléments tendant à la nécrobiose et la dégénérescence graisseuse.

Ainsi donc hyperplasie généralisée péri et interfolliculaire, dégénérescence des éléments centraux, réaction périvasculaire concomitante à l'hyperplasie et comme elle d'autant plus prononcée qu'on est à la périphérie du ganglion.

Cette modification irritative et proliférante de tous les éléments, cette hyperplasie à la fois simple et inflammatoire persistant jusqu'à la nécrobiose des éléments centraux du follicule, sont absolument caractéristiques de la scrofule.

Nous avons pris comme type le processus dans un follicule simple, mais si, comme nous l'avons dit, les follicules s'unissent entre eux pour former une seule masse, cette dernière présentera identiquement le même aspect.

La marche de ce processus avec tendance à la nécrobiose est typique de la scrofule. MM. Cornil et Ranvier, et Virchow dans sa pathologie des tumeurs ont insisté sur ce point avec raison pour séparer la tuberculose de la scrofule.

En effet, comme le fait remarquer Virchow, il y a dans l'adénite scrofuleuse un caractère constant et spécial, c'est la *caducité* des éléments. La prolifération ne donne que des

éléments lymphoïdes *caducs* non persistants, d'une vitalité inférieure, qui meurent sur place pour ainsi dire, *dégénérant au commencement même de leur production*. Plus tard à la suite de leur irritation périvasculaire, ces éléments subissent la fonte caséuse, seul caractère qu'ils aient en commun avec le tubercule.

Enfin nous insistons sur cette sclérose parallèle dans sa marche à l'hyperplasie lymphoïde, véritable sclérose périvasculaire sanguine et lymphatique, péri et intra folliculaire. Cette cirrhose adénoïde primitive en un mot suit donc exactement la marche du processus dans son début et sa terminaison, s'accroissant d'abord au centre du follicule avec ses cellules, *dégénérant avec ces dernières*.

Si donc elle persiste à la périphérie, c'est qu'elle se développe secondairement; il s'agit d'un travail irritatif périvasculaire bien distinct du premier, bien qu'il contribue avec lui à produire la foule caséuse.

Aussi le système médullaire présente-t-il dans la scrofule une atrophie caractéristique dès l'apparition de la cirrhose *afférente péri et endofolliculaire*. On n'en trouve plus de vestiges à la superficie de la végétation adénoïde, et ce n'est que dans les portions centrales qu'on peut encore le reconnaître. Encore est-il presque toujours envahi par l'adénite interstitielle généralisée, *consécutive, secondaire à l'inflammation concommittante* à l'hyperplasie lymphoïde primitive.

Ce second stade inflammatoire est dû, soit à l'extension *irrégulière* de la première cirrhose lymphoïde, soit à la production d'une *inflammation étrangère au processus scrofuleux*, de nature microbienne ou autre, *accidentelle ou provoquée thérapeutiquement*.

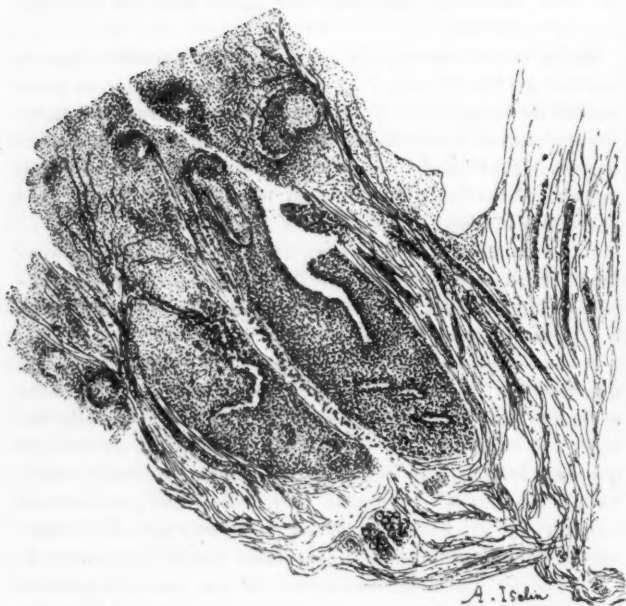
*Cette inflammation secondaire prend en règle naissance* au sein des acinis glandulaires, plus rarement dans l'épithélium de revêtement. Une nouvelle production de tissu conjonctif inflammatoire, étouffant, les acinis tout d'abord, ou détruisant l'épithélium, envahit irrégulièrement la tumeur adénoïde qu'elle pénètre, dissociant sans ordre, ou englobant les follicules.

Ce travail peut donc être un mode de guérison, ou mieux,



PLANCHE III  
VÉGÉTATIONS LYMPHADÉNIQUES

FILLE DE 11 ANS



Les follicules clos dont un est représenté en totalité à gauche de la figure, sont considérablement hypertrophiés. Leurs voies efférentes sont élargies proportionnellement à leur volume et viennent se réunir dans la portion médullaire où on les retrouve encore bourrées de cellules rouges et de globules embryonnaires à noyaux. Il n'existe pas de sclérose conjonctive, il n'y a que des fibrilles embryonnaires et quelques rares cellules rondes.

Le tissu médullaire, le système folliculaire, les voies lymphatiques et vasculaires ont gardé dans leur hypertrophie leurs rapports normaux. Le centre du follicule voisin du vaisseau efférent est rempli d'éléments en pleine activité ne rappelant en aucune façon les cellules centrales caséuses de la végétation précédente.

Grossissement 60 diamètres.

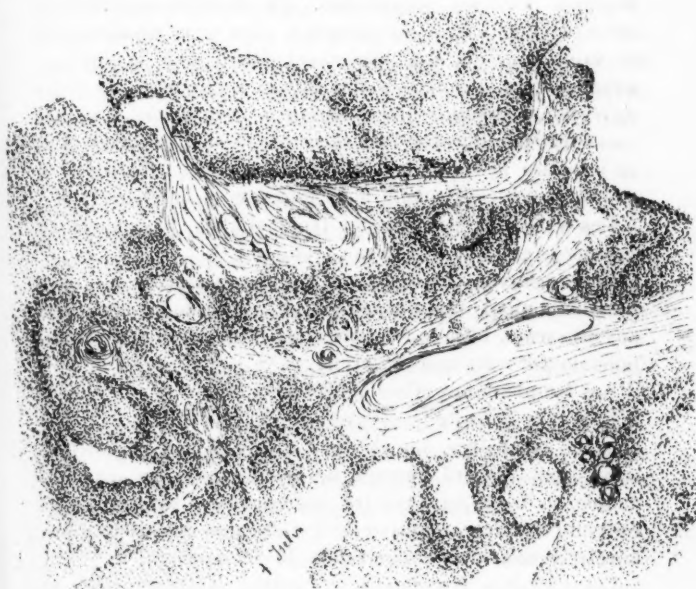
Coloration éosine hématoxyline.



## PLANCHE IV

## VÉGÉTATIONS SYPHILITIKES

GARÇON DE 9 ANS



La coupe participe à la fois au caractère des végétations scrofuleuses et des végétations lymphadéniques.

La dilatation des vaisseaux, la prolifération de l'endothélium des vaisseaux efférents médullaires et du centre des follicules la distingue des végétations scrofuleuses.

La sclérose conjonctive plus franchement adulte, franchement périvasculaire, sans oblitération pourtant, prédomine sur le tissu lymphoïde dont le développement et l'hyperplasie ne sont nullement en rapport avec la sclérose.

C'est en cela que se distingue la végétation lymphadénique.

Grossissement 60 diamètres.

Coloration à l'hématoxyline et au carmin à l'acide borique.

de régression de la végétation adénoïde. Mais ces productions conjonctives inflammatoires secondaires ne s'observent que *tardivement*. Nous ne les avons trouvées que chez des sujets âgés au moins de 13 ans. Il est d'autant plus facile de les distinguer de la cirrhose adénoïde scrofuleuse primitive,

vraie, que cette dernière *seule*, ne peut aboutir *qu'à la dégénérescence caséuse* avec laquelle elle affecte des rapports d'évolution et de *terminaisons identiques*.

Au contraire, l'inflammation secondaire détermine des productions fibreuses surajoutées, qui arrêtent ou entravent cette caséification, se substituent à elles avec néoformation de vaisseaux, qui font totalement défaut dans la cirrhose ganglionnaire primitive et oblitérante. En un mot, de *caduc qu'il était, le tissu de la végétation devient adulte*, mais par transformation fibreuse hyperplasique secondaire. Ainsi peut se produire la rétraction de la végétation scrofuleuse, et sa guérison, par conséquent, mais guérison incomplète (1).

Les vaisseaux sanguins et lymphatiques, participent au processus et suivent la même évolution.

Cette sclérose périvasculaire qui, progressivement, oblitère la lumière des vaisseaux, et, en premier lieu, celle des vaisseaux intra-folliculaires, les distingue des végétations dont il nous reste à parler.

Les lymphatiques efférents, dans la période de début, sont dilatés et remplis de leucocytes, en pleine prolifération. Les espaces lacunaires, les cordons lymphatiques péri-vasculaires sont d'abord bourrés de leucocytes. Leur diamètre double ou triple du diamètre des vaisseaux sanguins efférents du follicule contraste singulièrement avec l'atrophie, le rétrécissement et l'oblitération de ces derniers.

Les éléments lymphoïdes consistent essentiellement en leucocytes de toutes les dimensions et de toutes les catégories. La plupart sont volumineux, véritables leucocytes géants à plusieurs noyaux, plus rarement à noyau en boudin unique.

La plupart de ces gros leucocytes contiennent à un stade voisin de la dégénérescence centrale folliculaire, des granulations éosinophiles qu'il ne faut pas confondre avec les cellules rouges à noyau.

Ces derniers ne se rencontrent qu'à la période d'hyperplasie générale du début et ne tardent pas à disparaître. Ils occupent la partie centrale du follicule et naissent de gros

(1) Voir pl. II.

éléments analogues à ceux que nous avons décrits dans une rate de leucocythémie suraiguë d'emblée.

La plupart sont faiblement pourvus d'hémoglobine, le noyau présente des figures de mitose irrégulière et incomplète, parfois même n'en présente pas trace.

La présence de ces éléments anormaux, bien que très rares, est un fait des plus intéressants, car elle nous paraît expliquer la parenté indirecte des grands processus pathologiques : syphilis, leucémie, lympho-sarcome ou cancer, avec la scrofule.

Leur rareté, l'absence de multiplication de ces éléments hors du follicule, leur caducité, leur dégénérescence, et la mise en liberté de granulations d'hémoglobine retrouvées dans les leucocytes, sont autant de points qui démontrent leur participation au processus scrofuleux. Plus tard, ils disparaissent totalement par la transformation caséeuse, avec les autres éléments lymphoïdes.

Leur dégénérescence nous a paru *précéder celle des leucocytes*.

Nous sortirions de notre sujet en entrant dans la description des mitoses que nous traiterons avec toute l'importance qu'elle mérite dans une étude spéciale des organes hématopoiétiques pathologiques en général.

## VI

### *Végétations lymphadéniques et syphilitiques.*

#### B. — *Végétations lymphadéniques (Pl. III).*

La lymphadénie pharyngienne est plus fréquente encore que la scrofule. On pourra s'en assurer par le tableau résumé qui termine cette étude.

Ces dernières sont aussi nettement différenciées des végétations scrofuleuses à l'aspect macroscopique qu'à l'aspect microscopique.

Macroscopiquement, elles forment des tumeurs plus ou moins volumineuses, mais, en tous cas, *toujours plus grandes* que les végétations scrofuleuses. Leur consistance est plutôt ferme, parfois dure comme celle des tumeurs adultes. Cette

consistance est *égale* dans tous les points, contrairement à celle qu'on observe dans la scrofule, où, à côté de points fermes, il en existe de mous, presque fluctuants. Nous devons pourtant dire que jamais nous n'avons trouvé de fluctuation vraie, ni de liquide enkysté dans ces dernières.

Un caractère auquel nous prêtons une grande importance, c'est *l'absence totale de lobulation avec sillons profonds*, de la périphérie au centre. La surface extérieure jaunâtre, parfois légèrement violacée, est inégale, marronnée, mais avant comme après la sclérose, on peut se convaincre que ces saillies, ces nodosités miliaires irrégulières ne constituent pas les *lobules analogues aux systèmes folliculaires*, aux grappes des végétations scrofuleuses, séparées par des invaginations de la muqueuse du rhino-pharynx.

Cette absence de lobulation extérieure est conforme à l'encapsulement de la tumeur adénoïde dans une coque plus ou moins épaisse, plus ferme que le tissu lymphoïde sous-jacent et en continuité avec l'épithélium sain au niveau du point d'insertion de la masse. Cette capsule enveloppante est d'autant plus caractéristique qu'elle rapproche déjà le tissu lymphoïde lymphadénique au point de vue anatomique, du tissu sarcomateux, comme, dans leur allure clinique, les sarcomes et les formes anatomo-pathologiques de la leucémie, sont englobées dans la diathèse lymphogène de M. le Prof. Jaccoud qui, le premier, a fait la synthèse des deux affections.

L'aspect extérieur, dans certains cas est tel qu'on se croirait en présence d'une petite rate leucocythémique surnuméraire, surtout si la couleur est d'un blanc violacé.

La surface de section présente un aspect jaunâtre uniforme, légèrement pointillé de rouge. A la pression, il s'écoule un peu de sang de ces points. Il n'y a pas de suc par le raclage.

Un examen attentif permet cependant de constater que ces petits points rougeâtres simulant la section de vaisseaux, occupent le centre de petits îlots mal délimités, plus fous et plus fermes que la zone qui les sépare, la zone médullaire parcourue par les vaisseaux efférents.

L'examen microscopique de coupes comprenant une section de la tumeur *dans sa totalité* montre des différences caractéristiques d'avec les végétations scrofuleuses.

Le tissu lymphoïde est hypertrophié dans sa totalité, follicules et système médullaire. Cette hyperplasie est *généralisée* à tous les éléments constitutifs de la tumeur adénoïde, *tissu lymphoïde, vaisseaux et travées conjonctives*. Il en résulte que le *rapport normal de tous les éléments entre eux est conservé dans cet accroissement pathologique*, et, comme le fait observer M. Bard, bien des hypertrophies simples de ganglions ne sont autre chose que des lymphadénies. Rien ne le montre mieux que nos coupes.

Les follicules sont volumineux, les vaisseaux du système médullaire participent à cette hypertrophie lymphadénique, ainsi que les *tractus conjonctifs normaux*. Mais cet élargissement des vaisseaux, *concomittant à l'épaississement des tractus conjonctifs n'est plus, comme dans la scrofule, une sclérose oblitérante se substituant au tissu lymphoïde*. Tous les éléments gardent leurs rapports normaux *au milieu de leur hypertrophie*.

C'est là un caractère précis et indiscutable dont nous avons pu apprécier la haute valeur diagnostique dans les examens histologiques de nos coupes lymphadéniques.

Les follicules ne tendent pas à prendre la systématisation lobulée que nous avons décrite dans les végétations scrofuleuses. Ils se présentent sous forme de masses réunies, volumineuses, groupées et accolées, tout en gardant leur individualité. Les follicules subissent l'hypertrophie, dans leur ensemble, chacun au même degré.

L'ensemble de la coupe rappelle plus ou moins *un ganglion normal*, la zone folliculaire étant à la périphérie et la zone médullaire centrale. Les follicules restent à peu près sur le même plan, gardent leur forme arrondie ou sacculaire, piriforme, à grosse extrémité périphérique, à sommet convergeant vers le système médullaire.

La masse représente donc bien un ganglion ou mieux encore une amygdale normale hypertrophiée.

La base périphérique des follicules hypertrophiées est di-

rectement recouverte par le *chorion épaissi* qui lui forme une capsule, coque conjonctive très riche en capillaires sanguins, le plus souvent *dépourvu d'épithélium*. Plus la végétation est avancée dans son processus lymphadénique, moins on trouve de trace de l'épithélium qui, primitivement, recouvrait la masse adénoïde. Au point d'insertion, près du pédicule, on peut retrouver un épithélium à cils vibratils, en continuité avec le revêtement de la muqueuse saine périphérique.

Les follicules hypertrophiés sur les coupes colorées au micro-carmin de Weigert (montées dans la glycérine) ou de Orth (montées au baume), présentent un aspect bien différent de celui des follicules scrofuleux.

En effet la coloration est bien *plus marquée au centre* qu'à la périphérie, où les noyaux prennent une teinte vive et paraissent déjà *plus volumineux et plus nombreux* à un faible grossissement. A la *périphérie*, ils sont moins vivement colorés. Le sinus folliculaire quoique élargi et rempli de cellules lymphoïdes ne contient pas ces éléments. On voit que dans la végétation scrofuleuse c'est précisément le contraire : le centre du follicule étant plus jaunâtre, moins riche en éléments avides de carmin, la coloration diminuant progressivement de la zone périphérique à la zone centrale.

Sur les coupes à l'éosine-hématoxyline ou purpurine-hématoxyline on peut se convaincre qu'à cette différence de coloration correspond également une différence dans la *nature anatomique et pathologique des éléments lymphoïdes*. La zone centrale est presque exclusivement composée de cellules *teintées en rouge brique* nettement hémoglobinières, pourvues d'un ou plusieurs noyaux *teintés en violet*.

Ces cellules sont d'autant plus abondantes qu'on examine le centre du follicule et *diminuent vers la périphérie*. Lorsque ce dernier est coupé longitudinalement, dans sa partie centrale on les voit s'accumuler dans la voie ou les voies afférentes. Cette disposition est nette sur les coupes pratiquées en séries qui mettent en évidence la continuation des vas efférents avec le système médullaire.

Dans le sinus folliculaire dilaté, les vaisseaux capillaires

périphériques sont distendus, élargis, contenant des globules adultes sans noyaux colorés en rouge brique par l'éosine.

Les colorations au carmin d'indigo de Thiersch ou de Merkel viennent appuyer ce résultat en les contrôlant pour ainsi dire.

Les cellules lymphatiques sont colorées en gris violet avec un beau noyau rose. Les cellules *centrales* rouge brique par l'éosine sont *colorées en vert pomme caractéristique*.

Nous ne saurions trop recommander l'emploi de ce dernier réactif très délicat et difficile à manier, mais dont les résultats admirables et la netteté en compensent largement la technique longue et laborieuse. Elles se conservent en outre indéfiniment, soit *dans le baume*, soit *dans la glycérine*.

Le système central ou médullaire vers lequel convergent les voies efférentes des follicules, est entouré *sauf au point d'insertion par les follicules* qui le séparent complètement de la zone périphérique. Le stroma est hypertrophié, les vaisseaux sanguins efférents sont élargis dans un *rapport proportionnel à l'hypertrophie folliculaire*. Le tissu conjonctif inter-vasculaire ne présente aucun des caractères inflammatoires de l'adénite interstitielle oblitérante de la scrofule.

Les vaisseaux sanguins sont distendus par des globules rouges et des leucocytes, les voies efférentes du follicule surtout. Ces dernières contiennent des éléments analogues à ceux que nous avons signalés dans le centre du follicule, colorés en rouge brique par l'éosine, et en vert pomme par le carmin d'indigo.

Plus rares, plus disséminés dans les voies afférentes, ils ne se rencontrent jamais dans les lymphatiques qui sont bourrés de leucocytes volumineux. Ces derniers passent de la voie sanguine dans la gaine lymphatique qui les entoure et réciproquement.

Un point des plus curieux est le rôle passif de la glandule que nous avons signalé. Tandis que dans les végétations scrofuleuses nous voyons l'inflammation de cette dernière envahir *secondairement* la masse lymphoïde, dans la végéta-

tion lymphadénique les acinis sont dissociés ou entourés par des leucocytes extravasés sans que jamais on constate une inflammation périacineuse. La présence de ces éléments au sein de l'acini détermine la dégénérescence hyaline ou villeuse des cellules glandulaires, sans inflammation ni sclérose préalable.

Le tissu conjonctif de la glande peut être indemne, *lors même* que celui de la masse lymphoïde est hypertrophié.

Quand à la suite de l'atrophie et de la regression du processus morbide, les systèmes folliculaire et médullaire perdent leur caractère lymphoïde, et deviennent fibreux comme nous le verrons chez l'adulte, la glande reste encore étrangère au processus. Si elle est atteinte par un processus inflammatoire quelconque, ce n'est jamais que secondairement aux lésions lymphoïdes, contrairement à la marche du processus fibreux secondaire de la scrofule, qui évolue de la glande vers la masse lymphoïde.

La glande n'est atrophiée, comme dans la scrofule que dans les cas rares de rétraction scléreuse du tissu lymphoïde.

Nature et marche du processus, aspect d'ensemble des tissus pathologiques, tout permet de séparer les deux ordres de lésions adénoïdes.

En examinant à un grossissement de 250 à 300 diamètres, on peut se convaincre que les éléments centraux ne sont autres que des cellules-mères de globules à noyaux, telles qu'on en rencontre dans le ganglion lymphatique à l'état d'organe hémato-poiétique embryonnaire. En tous points analogues à celles que nous avons décrites dans la rate de notre leucocytémie suraiguë d'emblée, elles constituent des éléments volumineux, polyédriques, renfermant tantôt un gros noyau en mitose, tantôt plusieurs noyaux, représentant les globules à noyau qui passent dans le torrent circulatoire. Ces cellules-mères d'érythrocytes se trouvent déjà dans la zone moyenne au milieu des leucocytes, mais elles prédominent au centre du follicule. Ce sont elles qui remplissent et dilatent les voies sanguines efférentes, de la partie médullaire, où elles continuent à se multiplier dans certains



cas heureusement rares, au milieu des leucocytes et des globules rouges adultes. La végétation lymphadénique devient alors *leucémique*. Aussi l'examen du sang permet-il de constater la leucocytose, la diminution des *hématoblastes* et la présence de globules à noyau. Le volume de la tumeur adénoïde ou, sa rétrogression sont en rapport *rigoureusement proportionnel à cette fonction hématopoïétique embryonnaire persistante. La tumeur diminue ou rétrocede avec ce processus formateur des globules à noyau.*

A mesure que l'érythrocytose folliculaire cesse, l'atrophie succède à l'hyperplasie; les leucocytes qui se multipliaient en même temps que les érythrocytes, mais toujours par *division directe*, disparaissent tardivement, *longtemps après les globules à noyau*. Il est facile de se rendre compte du processus qui amène l'atrophie de la végétation leucémique.

Les érythrocytes remplissent le rôle d'agent irritant déterminant une inflammation des tissus voisins. C'est donc au centre du follicule que se trouvera le foyer primordial du processus scléreux. En effet, on voit irradier du centre à la périphérie des *tractus conjonctifs très fins*, qui se colorent en rose vif par le carmin alcoolique à l'acide borique. C'est d'abord comme un épaississement des travées réticulées qui bientôt gagnent la périphérie, soit en suivant les travées mêmes, soit en suivant les voies sanguines efférentes. Ces dernières bientôt sont envahies par le processus, qui n'amène pas l'obstruction du follicule capillaire. L'épaississement des travées se produit au milieu de vaisseaux perméables; *les cellules conjonctives embryonnaires deviennent de moins en moins nombreuses*, tendent à se transformer en tissu adulte. Cette régression s'accompagne non de l'oblitération des vaisseaux médullaires et des sinus périfolliculaires, mais de leur rétrécissement, *leur calibre se réduisant proportionnellement à l'atrophie du tissu lymphoïde*. L'ensemble de la végétation, en rétrocession rappelle donc en tous points l'aspect de la végétation à sa période d'hyperplasie totale tout en diminuant de volume.

On voit donc combien sont différents par le mode de répartition de leurs lésions, leur processus, leur marche et leur

terminaison anatomo-pathologique, les végétations scrofuleuses et les végétations lymphadéniques.

Virchow avait déjà non seulement entrevu cette différence, mais en donnait une explication parfaitement juste. Pour lui la leucémie et la scrofule sont unies intimement par un caractère commun, l'hyperplasie du début. Mais tandis que la caducité est l'apanage de la scrofule, la leucocythémie se fait au contraire remarquer par la grande vitalité des éléments lymphoïdes qui ne sont jamais détruits par nécrobiose. Cette vitalité des éléments lymphadéniques se traduit histologiquement, par la multiplication constante des éléments du follicule soit *par voie directe* (*leucocytes*), soit *par voies indirectes* (*cellules rouges*). Sans doute on peut rencontrer dans la scrofule des globules à noyau ; mais les figures de mitose présentent des différences sur lesquelles nous ne pouvons insister. En outre, dans la scrofule, la mitose est temporaire. *Elle cesse ainsi que la prolifération et la multiplication cellulaire par processus nécrobiotique.*

Dans la végétation lymphadénique, en voie de guérison, les éléments *perdent peu à peu leur fonction embryonnaire. La vitalité cellulaire persiste* pour ramener les follicules à leur rôle adulte normal, ou *disparaît avec ces derniers sur place, sans inflammation secondaire déterminant l'atrophie fibreuse.*

A ces lésions anatomiques, s'ajoutent des signes cliniques de l'état général sur lesquels nous reviendrons dans la seconde partie de cette étude.

C. — *Il nous reste à parler des végétations syphilitiques.*

Nous n'avons pu en trouver qu'un seul cas (garçon de 9 ans). (V. Pl. IV.)

Les caractères de cette végétation participent à la fois de ceux des végétations scrofuleuses et des végétations lymphadéniques.

En effet, la sclérose inflammatoire, suivie d'atrophie fibreuse annulaire, lui sont communes avec la scrofule ; d'autre part, la dilatation des vaisseaux, l'absence de dégénérescence caséuse, la répartition générale de la sclérose intra et péri-folliculaire la rapprochent de la lymphadénie.

L'infiltration conjonctive, prédomine généralisée, uniformément répandue dans toute la masse adénoïde. On ne peut trouver trace d'une inflammation glandulaire, avec sclérose secondaire. La glande participe au processus moins que dans la scrofule plus que dans la lymphadénie; en tous cas ses lésions paraissent secondaires plutôt que primitives.

On trouve peu de cellules embryonnaires inflammatoires, les tissus restant adultes, et, n'était la présence des cellules rouges, on ne pourrait trouver rien qui rappelle la lymphadénie, état embryonnaire hématopoïétique des tissus lymphoïdes.

Cette absence de cellules embryonnaires inflammatoires ne permet donc pas de ranger cette végétation dans les adénopathies secondaires. Mais nous croyons pouvoir ranger cette végétation parmi les *adénopathies syphilitiques héréditaires* dont les lésions anatomo-pathologiques sont identiques aux lésions *tertiaires*.

En effet la lésion histologique dominante ici est la cirrhose généralisée également et uniformément répandue dans tout le tissu adénoïde. La sclérose conjonctive et périvasculaire, sanguine et lymphatique est périfolliculaire, intrafolliculaire et médullaire mais non oblitérante.

L'hypertrophie du follicule dépend donc autant de la dilatation des vaisseaux que de l'épaississement des trabecules. bien plus plus accentué que dans la lymphadénie. Le tissu conjonctif anormal prédominant sur le tissu lymphoïde proprement dit, les éléments hyperplasiés ne présentent aucune multiplication comme prolifération dans la lymphadénie aleucémique ou leucémique.

Un autre signe, qui a été particulièrement mis en relief par notre savant maître M. Lancereaux, dans son *Traité d'anatomie pathologique* (t. II, p. ), c'est le développement de l'*endothélium lymphatique*, soit dans le follicule même, soit dans le système médullaire. L'*endothélium* volumineux, peut *simuler un épithélium cylindrique*. Cependant ces cellules sont toujours plus volumineuses que les cellules rouges mères de globules à noyau. Leurs noyaux ne renferment pas des *figures kariokynétiques*; leur protoplasma est tou-

jours plus ou moins en voie de dégénérescence *granuleuse* ou *amyloïde*. Cet endothélium s'observe surtout dans les voies lymphatiques de la portion médullaire. Dans le follicule, il peut occuper les origines des vas efférents, parfois remplies de cellules rouges qu'il est facile alors de distinguer des cellules endothéliales, plus pâles, plus volumineuses, dépourvues d'hémoglobine.

La cirrhose conjonctive est uniforme dans son épaisseur et sa répartition. Périvasculaire, elle forme des *couches concentriques*, autour des vaisseaux coupés transversalement, sans jamais les oblitérer ils restent toujours béants et distendus par les éléments sanguins.

Dans les cas rares où la cirrhose prend une disposition annulaire, cette dernière suit le réseau vasculaire. Les sinus béants apparaissent alors entourés d'une zone conjonctive, qui se continue sur les capillaires qui en naissent, se développant *proportionnellement* au diamètre des vaisseaux.

Cette systématisation de la cirrhose, sans tendance à l'oblitération, cette vascularité expliquent l'absence de dégénérescence caséuse, et facilitent le diagnostic de cette lésion syphilitique adénoïde avec la sclérose scrofuleuse *disséminée, irrégulière, suivie d'oblitération vasculaire* et de dégénérescence caséuse.

Nous reviendrons sur ces caractères des végétations adénoïdes syphilitiques, dans la seconde partie de cette étude, où nous traiterons des végétations survenant de 15 à 30 ans.

A la fin de ce travail nous pourrons alors comparer entre elles les diverses végétations dont nous avons cherché à préciser la nature en présentant quelques réflexions sur la physiologie pathologique et la pathogénie de cette affection, si curieuse et importante à connaître.

En résumé, chez les enfants il existe des végétations *scrofuleuses, lymphadéniques, syphilitiques*.

Sur les 32 cas que nous avons étudiés, nous en avons relevé 17 chez des sujets âgés de 5 à 14 ans inclusivement.

Ces 17 cas se répartissent ainsi :

Végétations scrofuleuses.....	7 cas.
Végétations lymphadéniques.....	9 "
Végétations syphilitiques.....	1 "

Le tableau ci-joint résume la proportion trouvée chez les deux sexes.

NATURE.	SEXES		TOTAUX.
	GARÇONS.	FILLES.	
Scrofule.....	4	3	7
Lymphadénie.....	3	6	9
Syphilis.....	1	0	1
TOTAL GÉNÉRAL....	8	9	17

On voit donc que le sexe paraît être sans influence sur l'évolution des végétations scrofuleuses. Pour la lymphadénie, le sexe féminin y paraît prédisposé dans une proportion de plus de la moitié.

Le plus jeune des sujets du sexe féminin était âgé de 7 ans. L'âge où la fréquence paraît atteindre son maximum est compris entre 9 et 13 ans.

Quant à la syphilis elle nous paraît devoir être exceptionnelle, un cas sur dix-sept. Encore; le tissu adénoïde pathologique présentait-il un certain degré de scrofulose, bien que, nulle part, nous n'ayons constaté de tendance à la transformation caséuse.

Nous verrons, dans la suite, que les végétations de 15 à 20 ans, ainsi que les végétations adultes, présentent des particularités intéressantes et de notables différences, avec les végétations infantiles.

Nous livrerons à la fin de cette étude aujourd'hui incomplète, les réflexions physiologiques ainsi que les déductions pathologiques et thérapeutiques si importantes, que nous a suggérées l'étude aussi consciencieuse que possible, dont nous avons essayé de tracer les principaux traits caractéristiques.

(A suivre.)

## IV

OTITE SUPPURÉE. — SIGNES CÉRÉBRAUX. —  
TRÉPANATION. — AUTOPSIE.

Par le Dr GELLÉ.

(Présenté à la Société de laryngologie et d'otologie de Paris, juin 1893.)

Le 28 février, se présentait à la consultation otologique du service du Dr Gouguenheim, à Lariboisière, un homme de 40 ans, à l'aspect cachectique, pâle, amaigri, la démarche encore vive cependant, la parole et l'intelligence nettes. Quinze jours de douleurs continues et d'insomnies, de fièvre, lui ont enlevé ses forces. Il paraît avoir été atteint d'une grippe rapidement compliquée d'otite aiguë suppurée : le pus a coulé, mais sans soulagement. Le malade se plaint d'une céphalalgie très vive, à redoublements, de douleurs violentes à l'oreille gauche et autour d'elle, dans la région parotidienne surtout et le long des vaisseaux du cou où il existe un engorgement ganglionnaire manifeste, de la chaleur et de la douleur à la pression ; il en résulte un torticolis avec raideur du cou, les mouvements étant suivis d'une vive exacerbation du mal.

L'apophyse mastoïde examinée avec soin n'est le siège d'aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée ; au contraire, sous l'oreille et du côté du cou, la pression la provoque aussitôt.

Ces jours passés il s'est fait une légère détente ; et le malade a repris son travail ; mais depuis deux jours le pus a cessé de couler, et les frissons, la fièvre et les douleurs ont repris avec une grande intensité ; l'altération des traits et la faiblesse sont extrêmes.

L'inspection de l'oreille fait aussitôt apercevoir, bouchant totalement la lumière du conduit auditif, une tumeur plissée, rosée, donnant à première vue l'idée d'un polype. Sous la pression du stylet boutonné on constate une tuméfaction molle, qui s'affaisse, et très douloureuse ; elle est limitée en haut ; au-dessus d'elle le stylet s'enfonce sous la paroi supérieure du conduit ; en bas, au contraire, il est impossible de trouver un bord ; elle se confond avec la peau de la paroi inférieure du conduit, qui fait corps avec elle.

C'est évidemment une collection purulente qui soulève la paroi inférieure, et vient faire saillie au méat. Sa surface est

sèche aujourd'hui, et il n'y a pas trace de pus. Je fais immédiatement une incision étendue dans le sens du canal auditif; le pus s'écoule en abondance, très séreux; le couteau touche l'os dénudé; le stylet constate que la dénudation s'étend à toute la profondeur.

Détente les jours suivants (pansements à l'iodoforme; irrigations dans le conduit et dans la poche avec la liqueur antiseptique au moyen de tubes de gomme fins introduits dans le trajet; lavages du cou et de la région otique avec l'ouate trempée de liqueur de van Swieten; sulfate de quinine, potion de Todd).

*Le 2 mars.* L'écoulement purulent continue, le trajet fistuleux se rétrécit; le malade s'alimente et reprend des forces; il voudrait aller à son travail.

L'apophyse mastoïde est toujours absolument silencieuse; il n'y a rien là d'anormal; même avec la pression énergique sur la pointe, on ne provoque aucune douleur. Toujours celle-ci existe vive au niveau du sillon vasculaire du cou; de plus, le torticolis persiste; il est difficile d'incliner la tête du côté opposé pour éclairer et examiner l'oreille. Le stylet boutonné pénètre assez loin, mais il ne semble pas qu'il arrive dans la caisse aisément; l'examen *de visu* est impossible.

*Le 10 mars.* Le malade, qui a été pansé régulièrement chez lui et visité tous les deux jours à la consultation de l'hôpital où il venait à pied, revient avec le facies altéré, l'aspect cachectique, hectic des premiers jours; la faiblesse est extrême, la céphalalgie est atroce de nouveau; peu de pus; mais la tumeur s'est affaissée; et le stylet constate la liberté des voies d'écoulement jusqu'à la caisse. L'apophyse reste toujours d'aspect normal et non sensible à la pression ni sur sa surface, ni à la pointe. Le malade se décide à rentrer à l'hôpital, où les soins généraux et locaux sont continués. L'aspect de l'apophyse mastoïde n'a pas varié jusqu'à la fin.

*Le 18,* on trouve le patient dans le coma; la trépanation fut pratiquée peu de temps après; il meurt sans revenir à lui, deux heures plus tard.

*Autopsie.* — Le crâne ouvert, on trouve les lésions d'une pachyméningite de la base, avec méningite généralisée, liquide séro-purulent abondant; teinte rougeâtre de la méninge épaissie sur le rocher.

La dure-mère se décolle facilement; il n'existe pas de

collection sous-dure-mérienne. Le sinus latéral est solide, thrombosé, oblitéré dans toute sa hauteur. Du côté de l'os, sa paroi est altérée, piquetée, ramollie et peu résistante; le contenu est gris blanc, demi-solide, non diffus, adhérent. Du côté du sillon osseux, la surface est déchiquetée, violacée; et on voit l'orifice de la trépanation faite, qui a mis à nu le sinus directement.

Sur la surface supérieure du rocher, aucune trace d'ostéite, de carie; ni fistule, ni ulcération.

L'interne du service, M. Michel Dansac, n'a pu examiner histologiquement ces pièces, altérées déjà sous l'influence d'une température extrême.

Au niveau de la fosse sphénoïdale, la dure-mère examinée attentivement par sa face profonde n'offre aucune trace d'altération quelconque, de même que la surface osseuse qu'elle couvrait.

Dans la gouttière du sinus latéral on peut remarquer la surface dépolie, rugueuse par places, et finement criblée de trous vasculaires; mais on n'a pu trouver aucune communication de la surface osseuse méningée avec les cavités suppurées de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe. Le conduit auditif interne est libre; il ne contient ni exsudat, ni pus; à son niveau la dure-mère est adhérente comme à l'état normal.

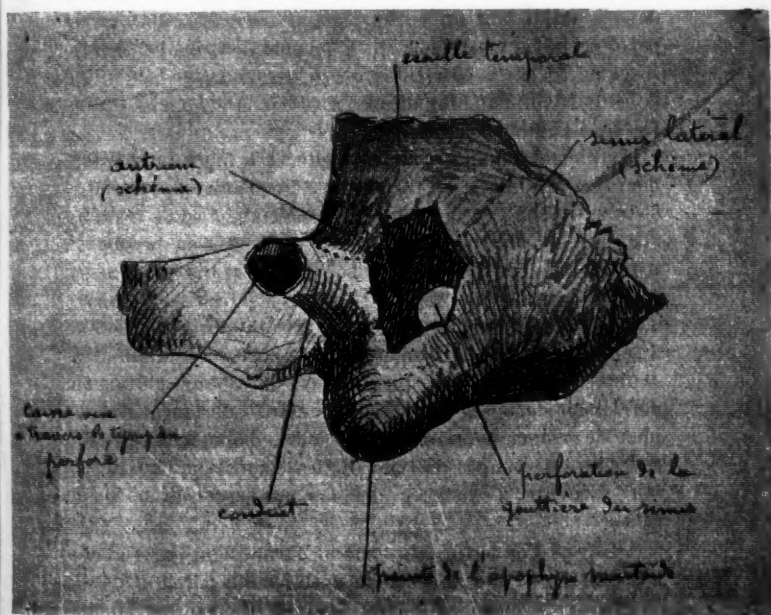
La trépanation faite au ciseau et au maillet sur du tissu compact a mis à nu le sinus, grâce à la profondeur et à la courbure énorme de celui-ci en avant et en dehors, mais surtout parce qu'à ce niveau, l'épaisseur de la paroi mastoïdienne atteint à peine 2 millimètres et demi à 3 millimètres, ainsi qu'on peut le constater sur la pièce que je place sous les yeux:

En réalité s'il y a une apophyse mastoïde, il n'existe pas de cellules aériennes mastoïdiennes. Le tissu osseux est compact jusqu'à l'antrum. L'évidement fait en avant s'en est approché de 1 millimètre seulement. Avec 1 millimètre de plus de pénétration en avant, on ouvrait l'antrum par sa partie inférieure; mais il ne pouvait exister de mastoïdite, les cellules faisant défaut; et cette opération *in extremis* ne



pouvait être utile; la méningite infectieuse avait depuis longtemps sournoisement préparé la fin fatale.

J'ai mesuré à propos de cette pièce sur un grand nombre de rochers la distance qui sépare, près de l'orifice, le conduit auditif osseux de la paroi du sinus la plus voisine; et j'ai trouvé en moyenne 11 à 12 millimètres chez l'adulte;



or ici la distance entre ces deux surfaces est à peu près égale, mais avec cette différence qu'au niveau de la surface osseuse mastoïde, il y a à peine 4 millimètres de distance, 5 au maximum du bord postérieur du conduit au fond de la gouttière du sinus latéral. Cette distance augmente peu à peu à mesure qu'on approche du cadre tympanal, et surtout de l'antrum, qui lui est supérieur (l'orifice s'entend). Le point dangereux est évidemment la zone osseuse superficielle,

étroite ici. La direction que doit suivre l'excavation est certainement celle du conduit comme guide (c'est celle du rocher) en s'élevant peu à peu à mesure qu'on atteint les environs du cadre. Il faut dire que, dans le décubitus, les rapports sont absolument changés au point de vue de la direction à donner au ciseau et à la curette; c'est en somme sur le conduit et sur sa paroi postérieure qu'il faut guider sa marche dans la profondeur du rocher; avec ce repère, s'il n'existe pas de cellules mastoïdes, cas fréquents dans les ostéo-scléroses du rocher avec vieilles otorrhées, on arrive toujours à la seule cavité fixe, importante à ouvrir, à vider et à désinfecter, à l'antre mastoïde.

Continuant l'autopsie, je fais sauter à la pince forte le tegmen tympani intact, et je mets à jour l'antrum, très large et très profond, et la muqueuse œdématiée; puis les têtes des osselets apparaissent au milieu du magma muqueux; il y a peu de pus dans la caisse aplatie et très étroite; les osselets peu mobiles; peu de pus dans l'antre.

Du côté du conduit, j'enlève la paroi antérieure; le fond du conduit n'a pas horizontalement plus de 2 à 3 millimètres et demi de large; le cadre tympanal est très oblique; le tympan est détruit dans ses trois quarts antéro-inférieurs; il n'y a plus de manche du marteau; seule, l'apophyse externe redresse les vestiges du tympan. Ces lésions semblent devoir faire admettre l'existence d'anciennes suppurations de la caisse.

A travers l'ouverture du tympan, l'eau qu'on verse goutte à goutte dans l'antrum s'écoule avec facilité par le conduit; en effet un stylet aiguillé passe assez facilement par l'hiatus libre de l'antre vers la caisse: au début de l'affection, le soulèvement de la paroi inférieure a dû empêcher tout écoulement. La paroi interne de la caisse est couverte en haut de la muqueuse hypertrophiée et n'offre pas de pus adhérent, ni amassé dans les fossettes; d'ailleurs l'étrier est couvert en totalité et fixé, mais la branche descendante de l'enclume apparaît très évidente sous le tympan, au bord du cadre. Sur la paroi jugulaire l'os est à nu; mais je ne trouve ni de ce côté ni du côté du confluent de la veine jugulaire,

de perforation ni de communication anormale; c'est la lésion la plus grave que nous trouvions, elle est en continuité avec la dénudation du conduit.

Cette observation se prête à quelques considérations au point de vue clinique, au point de vue anatomique, au point de vue opératoire, et à celui de la pathogénie des complications méningées.

Au point de vue clinique, on n'oubliera pas le cachet infectieux de l'affection, l'altération des traits, la fièvre, les frissons, la céphalalgie persistante, l'engorgement ganglionnaire, le torticolis douloureux, et l'extension rapide de la caisse au périoste du conduit : c'est l'allure d'une maladie infectieuse grave, dont l'action s'étend au delà du domaine de l'oreille.

L'explication de ce tableau symptomatique par l'extension du mal aux cellules mastoïdiennes était naturelle; cependant on aura remarqué l'absence complète, absolue, de tout signe objectif et subjectif attirant l'attention sur la formation précise d'un foyer purulent intra-mastoïdien. La douleur à la pression elle-même n'existait pas, n'a jamais pu être éveillée. On sait maintenant le pourquoi de ce silence; il n'y a pas eu d'invasion mastoïde, parce que l'apophyse était réduite à une lame de tissu osseux compact.

Le décollement du périoste du conduit, la fusée purulente étaient la manifestation la plus claire de l'intensité du processus infectieux. Ne serait-ce que pour diriger l'attention des cliniciens vers le diagnostic d'une méningite purulente concomitante ou successive, il ne faut point oublier d'insister sur la valeur de cette absence du signe douleur en présence de cette profonde altération de l'organisme; car la douleur, de tous les symptômes propres à faire admettre la complication mastoïde dans l'otite suppurée, est peut-être le plus constant. La gravité des symptômes généraux a fait penser à une complication du côté des cellules mastoïdes. Le diagnostic de la méningite suppurée, avant le coma était rendu difficile sinon impossible, vu l'explication toute naturelle de la douleur, de la céphalalgie par l'otite.

L'aspect cachectique du sujet, les frissons, la fièvre, l'abat-

tement, l'altération des traits, l'engorgement ganglionnaire portaient plutôt à reconnaître une infection; et du reste avant le coma, à part la céphalalgie, il n'y avait eu rien d'oblitéré dans les fonctions mentales; les troubles d'équilibration, s'expliquaient aussi bien par l'affaiblissement des forces du malade, sorte d'état typhique, lié à l'infection générale sans doute.

Au point de vue opératoire, également, nous avons fait à propos de la lésion trouvée à l'autopsie les réflexions qui viennent naturellement à l'esprit; l'opération était indiquée; et elle devait découvrir le sinus dans les conditions anatomiques décrites; de plus elle ne pouvait rendre aucun service, puisque les méninges étaient en suppuration déjà; et cela plutôt par infection générale, que par extension du processus oto-ostéo-périostique.

Comment la propagation s'est-elle faite de la caisse primitivement suppurée aux méninges et au sinus de la dure-mère? à quelle date cette évolution a-t-elle eu lieu? on se rappelle que l'autopsie n'a pu faire découvrir aucune voie par laquelle le pus se soit introduit dans la cavité crânienne; l'invasion microbienne se fait par tous les éléments des tissus, les lymphatiques, les veines, les cellules migratrices, etc.; et l'ostéite constatée ici joue le rôle de foyer dans l'extension du mal aux sinus veineux. Les lésions du tympan, d'autre part, la disparition du manche du marteau, l'étroitesse si accusée du conduit auprès du cadre tympanal, et la dénudation si étendue de la paroi inférieure de la caisse tendent à faire admettre l'existence, avant la poussée infectieuse récente, d'une lésion ancienne résultant d'une suppuration dans l'enfance: ainsi s'expliqueraient l'épaississement pachyméningitique de la dure-mère et le peu de symptômes cérébraux significatifs observés avant le coma terminal.

---

## V

PLAIE PÉNÉTRANTE DU COU PAR TENTATIVE  
DE SUICIDE.

Par les D<sup>rs</sup> **Franz MULLER, Adolphe CARY et Paul KOCH.**  
(De Luxembourg)

(Société des Sciences médicales du grand-duché de Luxembourg,  
*séance du 23 avril 1893.*)

Dans la soirée du 31 octobre 1892, le docteur Franz Muller fit transporter à l'hôpital de Luxembourg le nommé L. E., âgé de 23 ans, apprenti gantier, sujet allemand. Dans un hôtel situé à la gare centrale de Luxembourg, à une distance de deux kilomètres de l'hôpital, L. E. avait essayé de se couper la gorge avec un couteau à doler les cuirs. Cet instrument représente une espèce de lame en acier dont le côté opposé au manche est très tranchant, tandis que les bords latéraux sont émoussés. Le malade dut user d'une rare force de volonté et fléchir le coude et l'épaule d'une façon exagérée et inaccoutumée pour arriver à placer la lame tranchante perpendiculairement au cou. Une fois dans cette position le bord tranchant « convexe » du couteau formait avec la surface antérieure du cou naturellement « convexe » aussi, la figure d'un X romain. Cette disposition explique comment le couteau a pu pénétrer jusqu'à la colonne vertébrale, dessinant dans sa marche une plaie symétrique beaucoup plus profonde au centre que des deux côtés; de plus, ces conditions font comprendre comment les vaisseaux principaux du cou ont dû être nécessairement ménagés. Le malade était pâle, presque sans pouls, les habits inondés de sang. La plaie béante s'étendait horizontalement d'un muscle sterno-cléidomastoïdien à l'autre en intéressant ces muscles; les carotides étaient mises à nu. Le couteau avait donc divisé la peau et les muscles situés en avant du larynx (thyrohyoïdiens, sternohyoidiens, omohyoïdiens, la membrane thyrohyoïdienne); l'épiglotte était nettement séparée du larynx et restait fixée à la base de la langue, le larynx paraissait intact, le pharynx était divisé de manière à ne présenter des deux côtés de la colonne vertébrale qu'une mince bandelette, restes de ses parois.

Nous énumérons tous ces détails parce qu'ils ont une

certaine importance pratique sous le rapport des statistiques des plaies pénétrantes du cou et de la médecine légale.

Respiration très peu gênée; le premier jour, il sortait du larynx quelques petits caillots de sang et les jours suivants quelques mucosités sanguinolentes. Voix troublée, pas d'aphonie complète. La plaie paraissant trop grande pour essayer la suture exacte sans trachéotomie; la respiration étant libre et le malade se trouvant sous une surveillance continue, nous nous décidons à mettre un simple point de suture de chaque côté du larynx, à appliquer un pansement antiseptique, à incliner la tête vers le sternum et à nourrir le malade au moyen de la sonde œsophagienne. Ce dernier, très habile, parvint bientôt à introduire la sonde lui-même et à se nourrir convenablement. La guérison se fit sans la moindre complication et le malade quitta l'hôpital au bout de sept semaines. La voix n'était pas mauvaise, la déglutition s'effectuait sans sonde. Il ne restait qu'une toute petite fistule du côté droit du larynx. Mais la rétraction cicatricielle fatale se faisait bientôt sentir: la peau se retirait entre le larynx et l'os hyoïde de façon à recouvrir en partie le larynx. Ce rétrécissement en forme de couvercle, agrandi par l'épiglotte renversée gênait beaucoup la respiration. L'exploration digitale ainsi que le laryngoscope permirent de constater que l'épiglotte était refoulée horizontalement en arrière et un peu à droite; adhérente à la base de la langue et à la cicatrice elle ne laissait qu'une fente étroite entre elle et les cartilages aryténoïdes tuméfiés; la glotte était invisible.

Sans grand espoir de succès on essaya le massage de la cicatrice et la dilatation par un sondage régulièrement répété; mais dans la nuit du 1<sup>er</sup> février, L. E. fut pris subitement de cornage laryngien, suite d'une rétraction cicatricielle accélérée ou d'un refroidissement comme le prétendait le malade. Les accès de suffocation augmentèrent en nombre et en intensité de telle façon que la trachéotomie d'urgence s'imposa la même nuit. Privés du strict nécessaire, nous la pratiquâmes donc sur un mourant, dans une petite mansarde mal éclairée; l'anatomie topographique du cou ne pouvant plus servir de guide à cause du retrait cicatriciel énorme, il fallut marcher un peu à l'aveugle et c'est en partie par hasard que l'on réussit à introduire enfin une canule et à ressusciter le malade qui semblait avoir succombé. Le lendemain, L. E. reut à l'hôpital, il supporte bien les suites de l'opération. La première fistule s'est fermée pour faire place à une autre située verticalement au-dessus du larynx.

Ces fistules consécutives aux plaies accidentelles du larynx sont du reste à l'ordre du jour. L. E. se porte bien ; il parle assez distinctement en bouchant l'orifice de la canule avec son doigt. Dans cet état satisfaisant, il quitte l'hôpital pour rentrer en Silésie.

En relevant les points essentiels de l'histoire de notre malade, nous en déduisons les conclusions suivantes :

1° On rencontre des plaies pénétrantes du cou qui engagent le chirurgien à abandonner la guérison aux lois de la nature, après avoir arrêté l'hémorragie, appliqué un bandage antiseptique, donné à la tête la position inclinée et en nourrissant au moyen de la sonde. Cette manière de procéder est très séduisante, surtout quand les bords de la plaie sont nettement taillés, quand la respiration est libre et s'il y a eu grande perte sanguine. Ces conditions existaient en réalité chez notre malade que l'on a cru devoir soigner de la dite façon. En effet, la guérison parfaite en apparence, s'était opérée au bout de douze jours et jusqu'à ce moment le résultat était des plus beaux.

2° Quand ces plaies pénétrantes de bonne allure ont été ainsi soignées, la respiration reste normale après que la peau est complètement guérie et durant toute la première période de la guérison intérieure dite « période ulcéreuse » ; mais si la seconde période dite « de rétraction » a duré un certain temps, les déviations des tissus et avec elles les rétrécissements prennent naissance ; à peine perceptibles au début, ils se manifestent bientôt par un cornage plus ou moins prononcé, cornage qui s'accompagne de dyspnée plus tard ; le moindre accroissement de cette sténose compromet les jours du malade.

3° Les plaies transversales du cou sont nécessairement larges en général. De toutes les plaies pénétrantes transversales, celles qui intéressent la membrane thyrohyoïdienne sont les plus béantes ; au fond de cette dernière espèce de plaies on aperçoit toujours l'épiglotte plus ou moins entamée et adhérente à la base de la langue ; vu le grand écartement des lèvres de ces plaies, l'épiglotte peut être aisément ou complètement amputée ou recousue au cartilage thyroïde.



La position finale très gênante de l'épiglotte chez notre malade prouve qu'il faut toujours pratiquer cette petite opération. De plus, la rétraction cicatricielle étant inévitable et même incalculable, il faut suivre les préceptes de l'ancienne école, contrairement aux conseils hasardés par quelques chirurgiens modernes. Les préceptes classiques nous disent de pratiquer avant tout et sans exception une large trachéotomie et d'introduire une canule de gros calibre, le cas fût-il plus que favorable et tentant; de faire ensuite des sutures exactes, profondes et superficielles, avant d'appliquer un bandage antiseptique; d'attendre la guérison et la rétraction définitives avant d'instituer le traitement mécanique des voies respiratoires rétrécies, d'après les méthodes connues; d'ôter la canule seulement quand le traitement mécanique a été mené à bonne fin, chose rare.

Le traitement institué de la dernière façon garantira la vie du malade; il évitera au chirurgien les désagréments d'une trachéotomie d'urgence, qui s'impose ordinairement la nuit et qui, si toutefois elle n'arrive pas trop tard, présente dans tous les cas de grandes difficultés.

---

## VI

### UN NOUVEL APPAREIL DESTINÉ A REMPLACER LA PILE DU GALVANO-CAUTÈRE.

Par le Dr **DESCHAMPS** (de Grenoble).

J'ai présenté à la Société de médecine de l'Isère, dans sa séance du 13 janvier 1893, un nouvel appareil destiné à utiliser, pour la galvano-caustique, le courant qui m'est fourni par la Compagnie grenobloise d'éclairage électrique, pour l'éclairage de mon cabinet.

Cet appareil a été aussi sommairement décrit dans les *Annales d'oculistique* d'avril 1893.

Je crois qu'il peut être intéressant pour les lecteurs des *Annales des maladies des oreilles, du nez, du pharynx et du*



*larynx*, de connaître le dispositif que j'ai fait construire par Gaille, dans le but annoncé plus haut.

Aucun spécialiste n'utilise, en effet, aussi fréquemment que l'otologiste et le rhinologiste, le galvano-cautère. Il serait fastidieux d'énumérer toutes ses applications dans cette partie de la médecine.

L'anse galvanique sert couramment à enlever les amygdales hypertrophiées et les queues de cornet.

Le traitement des polypes muqueux, de l'hypertrophie de la muqueuse pituitaire et de bien d'autres affections relève en grande partie de la galvano-caustique.

Pourquoi donc, malgré tous les services qu'il peut rendre, le galvano-cautère ne jouit-il pas de toute la considération qu'il mérite?

Il faut bien le dire, c'est que cet instrument, tel que nous l'employons, présente des inconvénients sérieux.

La source d'électricité employée ordinairement pour le faire fonctionner est la pile au bichromate de potasse, et ses défauts sont nombreux : elle dévore rapidement de grandes quantités de zinc, et les lames des piles doivent être souvent changées; le liquide excitateur est un liquide corrosif très difficile à manier et qu'il faut malheureusement changer souvent, surtout si l'on veut être sûr de voir le fil de platine porté à une température bonne et *constante*.

Lorsque le liquide a été fraîchement renouvelé, il faut manier l'instrument avec précaution, sous peine de voir le coup de fouet brûler et fondre la pointe du cautère; lorsque le liquide, au contraire, est un peu affaibli, l'instrument se refroidit trop vite au contact des tissus et peut manquer dans le cours de l'opération. Tous ces inconvénients ont déprécié la galvano-caustique thermique. Aussi les médecins et les constructeurs ont-ils cherché à remplacer la pile au bichromate de potasse par d'autres sources d'électricité. Les accumulateurs jouissent actuellement d'une vogue justifiée dans une certaine mesure. Leur emploi est commode et pratique dans les villes où l'on peut facilement les faire porter à une station électrique pour renouveler leur charge. Mais ils ne sont pas sans inconvénients. Ce sont des instru-

ments capricieux, sujets à ne plus fonctionner pour des causes minimales et difficiles à découvrir : un contact entre deux lames dû à un peu d'oxydation par exemple et mille autres causes. En outre, pour pouvoir les charger, il ne suffit pas d'habiter une ville possédant une usine pour éclairage électrique ; encore faut-il que le courant qui sert à l'éclairage soit un courant continu. Or les courants alternatifs présentent une supériorité de plus en plus reconnue, et ce sont eux qu'emploient actuellement la plupart des sociétés d'éclairage électrique. C'est le cas, en particulier, de la ville de Grenoble que j'habite. Avec ces courants, il est impossible de charger un accumulateur. Il faudrait pour cela une machine à redressement, c'est-à-dire une installation compliquée et dispendieuse.

L'appareil que j'ai fait construire par Gaiffe est destiné à permettre d'utiliser pour la galvano-caustique le courant alternatif de 110 volts de tension que fournit la Compagnie grenobloise d'éclairage électrique. Des courants semblables sont distribués à Paris et dans beaucoup de villes.

Avec ces courants à haute tension et *alternatifs*, il est impossible de charger des accumulateurs, comme je le signalais plus haut, et il est absolument impossible d'utiliser directement le courant, qui fondrait, séance tenante, le fil de platine au cas où l'on puiserait le fluide aux bornes où s'alimente la lampe.

L'idée la plus simple qui se présente pour tourner la difficulté est d'interposer une simple résistance sur le trajet du courant. Avec les courants alternatifs, la résistance à employer n'est plus le rhéostat ordinaire : c'est une bobine dans laquelle passe le courant et où il subit une self-induction, diminuant son intensité.

Mais il faut savoir que, diminué de la sorte, le courant qui servirait à rougir le galvano-cautère continuerait à avoir une haute tension de 110 volts. Or, les courants de haute tension sont difficilement maniablés, à cause des secousses qu'ils provoquent dans les muscles chaque fois qu'ils les traversent. En maniant un galvano-cautère traversé par un courant de 110 volts, on risquerait de recevoir, en touchant,

par inadvertance, certains points de l'instrument, des décharges douloureuses et accompagnées de secousses musculaires. On conçoit combien pareil accident pourrait être fâcheux au cours de certaines opérations délicates. Le malade aussi pourrait recevoir dans maintes circonstances, au contact de l'instrument, des décharges douloureuses, qui rendraient son immobilité impossible.

L'instrument que j'ai fait construire n'a pas ces inconvénients ; *c'est un transformateur*. Le courant fourni par la Compagnie d'éclairage est puisé de la même manière que celui destiné à alimenter une lampe portative. Il entre dans l'instrument par deux bornes à la tension ordinaire de 110 volts. A deux autres bornes on puise un courant transformé ayant une tension de 4 volts et une intensité suffisante pour rougir les plus gros galvano-cautères.

Je ne veux pas décrire en détail la disposition de l'appareil construit par Gaiffe. Il me suffira de dire qu'il est constitué par deux bobines : une première à fil fin et long, dans laquelle passe le courant à haute tension, et une seconde bobine à fil court et gros dans laquelle prend naissance, par induction, un courant de faible tension et dont l'intensité et le voltage peuvent être calculés d'après le nombre des spires.

Les deux bobines n'ont aucune communication entre elles, leurs spires sont seulement entrecroisées ou juxtaposées. L'appareil est, en somme, une bobine de Rumkhorff renversée. Je n'insiste pas sur les détails, me contentant d'indiquer le principe.

Pour régler l'intensité, lorsqu'on emploie des cautères de faibles dimensions, on a intercalé sur le trajet du courant de sortie (celui qui doit être utilisé dans le galvano-cautère), une résistance composée d'une petite bobine dans l'intérieur de laquelle on peut engager plus ou moins profondément un faisceau de fils de fer doux.

L'intensité nécessaire pour qu'un courant de 4 volts rougisse l'anse galvanique ou de petits cautères varie entre 4 et 8 ampères.

L'appareil que je possède fonctionne admirablement bien.

Il fait rougir avec une constance remarquable, et sans qu'il se produise le moindre à-coup, tous les cautères qu'on utilise en médecine. L'appareil ne demande absolument aucun entretien; il est toujours prêt à fonctionner en établissant un simple contact, et ne s'use pas en fonctionnant.

Quant à la quantité d'énergie électrique que dépense l'appareil elle est très minime. Un calcul très facile démontre qu'elle est moindre que celle que dépense une lampe ordinaire de 1,6 carcel, couramment employée en éclairage électrique. Comme le galvano-cautère ne fonctionne que pendant des périodes de temps extrêmement courtes, la dépense est véritablement négligeable.

L'instrument que je viens de décrire n'est ni volumineux ni encombrant; son prix de revient n'est pas élevé.

Il n'est applicable évidemment que dans les villes (et elles sont de plus en plus nombreuses), où l'énergie électrique est distribuée sous forme de courants alternatifs de tension élevée.

Qu'il me soit permis, en terminant, de remercier vivement M. Labatut, chargé du cours de chimie à l'Ecole de médecine de Grenoble, qui m'a aidé de ses précieux conseils, lorsque j'ai cherché la solution du problème de l'utilisation, pour la galvano-caustique, du courant destiné à l'éclairage de mon cabinet.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

---

**Atlas clinique de laryngologie et de rhinologie; manuel de diagnostic et de thérapeutique des maladies du larynx, de la trachée, du nez et du nasopharynx**, par le Prof. JOH. SCHNITZLER et les D<sup>rs</sup> M. HAJEK et A. SCHNITZLER. (5 livraisons, W. Braumüller, éditeur, Vienne, 1890-1893.)

L'atlas en cours de publication paraît en livraisons, dont chacune comprend une trentaine de pages de texte, quatre planches chromolithographiques avec vingt-cinq figures environ et des légendes très détaillées qui sont autant d'observations. Les fi-

gures se rapportent aux cas les plus typiques ou les plus curieux que l'auteur ait recueillis depuis vingt-cinq ans; aussi cet ouvrage présente-t-il un grand intérêt par sa richesse en faits et en enseignements cliniques.

Les cinq livraisons parues jusqu'à présent (1890-1893) traitent des maladies du larynx, et leur exposé est précédé d'une étude de la laryngoscopie et de la rhinoscopie; de nombreuses figures dans le texte montrent les instruments les plus usités, les moyens d'éclairage, les miroirs, les spéculums, etc.

A propos de l'anémie laryngée, l'auteur insiste sur son importance dans le diagnostic du début de la tuberculose laryngée; la pâleur de la muqueuse du larynx accompagne celle des autres muqueuses de l'organisme, mais lorsqu'elle atteint un degré qui n'est pas en rapport avec l'anémie générale, elle peut devenir un indice menaçant; elle peut même annoncer la tuberculose pulmonaire, non compliquée de tuberculose laryngée.

La planche II présente deux beaux cas d'hémorragies de la muqueuse des cordes vocales et de toute la surface du larynx : une figure montre le larynx d'une cantatrice, devenue subitement aphone au milieu d'un air d'opéra; l'autre se rapporte à un cas de maladie de Werlhof; cette dernière laryngite aiguë, hémorragique d'emblée, prouve bien que toute laryngite hémorragique ne saurait être considérée comme dépendant d'un catarrhe sec, ainsi que le font quelques auteurs. Nous voyons sur les planches III et IV toutes les variétés de laryngites aiguës, chroniques, nodulaire, des abcès, des œdèmes, des érosions et un cas de pachydermie laryngée, peu avancée d'ailleurs.

En parlant de l'œdème du larynx, l'auteur prend ce mot dans un sens qui n'est plus accepté en France, car il parle non seulement d'infiltration séreuse, mais aussi d'œdème séro-purulent, et purulent; l'œdème des cordes vocales proprement dites, exceptionnel, serait dû à l'infiltration du muscle ary-thyroïdien, seule partie de la corde qui contienne un peu de tissu cellulaire.

Les planches VII et VIII portent quatre figures qui se rapportent à deux cas de sclérome du larynx et de la trachée; dans un des cas, le diagnostic précoce a pu être fait grâce au rhino-sclérome concomitant; nous voyons les préparations anatomiques de ces deux cas autopsiés.

La tuberculose et la syphilis du larynx sont traitées avec plus de détails que les chapitres précédents; dix observations complètes et de nombreuses figures s'y rapportent; l'état du larynx

a été dessiné dans toutes les phases de l'évolution de la maladie, avant et après le traitement par la tuberculine ou le traitement anti-syphilitique, et l'image nécropsique termine la série des figures. Il y a là surtout une observation tout à fait remarquable en ce que les médecins ont pu suivre pas à pas la cicatrisation sous l'influence de la tuberculine en même temps que de nouvelles poussées de granulations se faisaient à côté; les propriétés curatives et pernicieuses de la tuberculine se manifestaient simultanément; l'épiglotte, le pharynx et le naso-pharynx se couvrirent à la suite des injections d'une véritable éruption miliaire, comme on n'en a probablement jamais observé dans ces régions; l'auteur avoue qu'il en perdit toute envie de recommencer les injections; il badigeonna cependant les parties malades avec l'émulsion de Koch et obtint une amélioration rapide, sans grande réaction douloureuse; mais de nouvelles poussées survinrent, et ce cas ne peut certainement servir qu'à condamner la méthode. Le larynx syphilitique est également représenté sous les aspects les plus variés; c'est à ce chapitre que s'arrête actuellement l'atlas.

M. N. W.

---

#### SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

---

Compte rendu par le D<sup>r</sup> P. GASTOU.

---

Présidence de M. le D<sup>r</sup> GAREL.

---

Séance du 12 mai 1893.

*Cas rare de rupture du tympan*, par le D<sup>r</sup> VACHER (Orléans).

Il s'agit d'une rupture des deux tympans survenue subitement devant l'auteur. Une dame de 34 ans avait eu la grippe 15 jours auparavant, elle accusait depuis des bourdonnements et des vertiges. Sous l'influence du sulfate du quinine la surdité apparut avec une sensation de plénitude et de compression.

A l'examen, les tympans apparaissaient d'un rouge pâle, montrant une convexité externe et le manche du marteau raccourci.

Au moment où l'auteur auscultait l'oreille, la malade ayant comprimé ses narines et faisant un effort d'expiration, un bruit se produisit et aussitôt du sang et du pus s'écoulèrent. Après

nettoyage avec une solution de salicylate de mercure au cinq millièmes, on constata une rupture des deux tympans siégeant en bas et en arrière, aux points les plus convexes. La cicatrisation des tympans se fit rapidement en employant les lavages au salicylate de mercure, à 1 gramme pour 5000 d'eau.

*Traitement des suppurations des cavités accessoires du nez.*  
(CARTAZ, MOURE, LACARRET, RAPPORTEURS).

*De la suppuration du sinus maxillaire, par le Dr CARTAZ, rapporteur.*

L'empyème de l'antre d'Highmore est étudié relativement depuis peu. Il y a une vingtaine d'années sa symptomatologie était ainsi : signes d'inflammation grave, tumeur volumineuse déformant la joue, repoussant et amincissant les parois de la cavité. La plupart des cas d'empyème n'étaient autre que des suppurations de kystes ou d'autres tumeurs de l'antre. Autant ces tumeurs étaient rares, autant l'empyème simple est fréquent.

Aujourd'hui la symptomatologie de cet empyème est fixée : suppuration nasale unilatérale, pus au niveau de l'hiatus et de la partie postérieure du cornet moyen, opacité plus ou moins nette de la cavité éclairée par transparence, douleurs névralgiques.

Ces suppurations des sinus reconnaissent deux origines : 1<sup>re</sup> dentaire, 2<sup>e</sup> nasale; l'origine variable donne le choix du procédé; dans le premier cas l'avulsion d'une dent malade s'impose, dans le second cas la perforation du méat inférieur servira souvent en même temps de moyen explorateur et de méthode curative.

Trois méthodes de traitement ont été imaginées par Jourdain, Cooper, Desault.

Jourdain pénétrait dans le sinus par la voie nasale. Schiffers, Bayer, Hartmann recommandent la pénétration par l'hiatus naturel. Les inconvénients de cette méthode sont, que : le malade ne peut faire lui-même ses lavages, les nettoyages sont incomplets (l'ouverture étant située fort au-dessus du bas-fond de la cavité, même si elle est agrandie).

Il vaut mieux ponctionner une partie plus déclive du méat en se servant du trocart, de la fraise, ou du galvano-cautère. Même par cette modification les mêmes inconvénients persistent et la voie nasale n'est bonne qu'en l'absence des lésions dentaires.

COOPER pénètre le sinus par l'alvéole, et quelquefois la simple

avulsion d'une dent favorise l'issue du pus, quand le fond de l'alvéole est détruit, sinon on perfore ce fond avec un foret américain. L'ouverture doit être large et peut faciliter le diagnostic par l'éclairage et le traitement par le tamponnement. Le malade portera une canule à opercule ou une tige pleine.

DESAULT arrive dans l'antre par la fosse canine après avoir taillé un lambeau, détaché le périoste et fait sauter l'os à la gouge et au maillet. Ce procédé n'est utilisable qu'en présence de l'échec des précédents et si les altérations des os et de la muqueuse nécessitent un véritable curetage.

Dans toutes ces opérations une fois le sinus vidé, il faut procéder à son antiseptie et tarir la suppuration. Les lavages antiseptiques, caustiques, modificateurs, les pansements secs par insufflation ou tamponnement sont indifféremment employés.

En résumé: Quels que soient le procédé opératoire et le mode de pansements employés les résultats sont sensiblement les mêmes: la guérison est rapide si l'abcès est de date récente, difficile à obtenir si la suppuration est ancienne.

#### *Discussion :*

M. MOURE approuve les conclusions du rapporteur: il n'y a pas de règle absolue ni pour le procédé opératoire, ni pour les pansements antiseptiques. Ou bien guérison rapide par de simples lavages ou ténacité incroyable, malgré de larges ouvertures, des tamponnements, des irrigations caustiques, des grattages, tous moyens violents qu'il ne faut employer qu'avec réserve.

M. VACHER (d'Orléans). — J'ai traité avec succès 2 malades par la méthode alvéolaire. Un drain laissé à demeure permettait de faire des lavages antiseptiques deux fois par jour. Dans un cas vers le dixième mois le drain ne pouvait plus pénétrer. Le sinus maxillaire était comblé par un tissu de nouvelle formation.

M. NATIER. — J'ai eu à traiter 11 cas d'empyème, 3 à gauche, 8 à droite, 7 chez des femmes et 4 chez des hommes. J'ai perforé l'alvéole de la première molaire à l'aide du drill, dans un cas d'obliquité de la molaire, j'ai passé par la canine.

Chez une femme de 22 ans, malade depuis 3 mois la suppuration s'améliora par les lavages dès le troisième jour.

Une autre femme de 28 ans, malade depuis une grippe, vit des douleurs orbitaires disparaître aussitôt après la perforation du sinus. Elle guérit en 8 jours, sa sinusite datait de 3 mois.

Une malade de 38 ans, maniant de l'acide chromique eut une suppuration de l'antre et guérit en 6 jours.



Si ces 3 cas ont été favorables, il n'en est pas de même des 8 autres.

Chez une jeune fille de 21 ans, le pus qui était louable avant l'intervention est devenu séreux et les douleurs ont augmenté. J'ai suivi des malades deux et trois mois sans voir d'amélioration. Mes 3 cas de guérison rapide sont relatifs à des femmes.

M. WAGNIER (Lille). — On ne peut pronostiquer la nature tenace de l'affection avant le traitement. Des malades à pus fétide ou grumeleux guérissent très rapidement quoique leur affection fut ancienne. D'autres qui présentaient peu de signes ont vu leur affection durer indéfiniment.

M. MOURE. — Parfois chez les malades après l'ouverture de l'alvéole, le moindre contact est atrocement douloureux. Ils ne peuvent supporter la canule ni aucun corps étranger. Il y a là une sorte de névralgie faciale due probablement à l'irritation d'un filet du nerf dentaire supérieur.

M. POYET. — J'ai observé cette douleur et dans un cas analogue, elle a cessé lorsque j'eus agrandi l'ouverture et mis une canule plus forte.

M. WAGNIER. — J'ai vu après l'emploi de la seringue anglaise un emphysème douloureux de la joue.

M. CARTAZ. — N'était-ce pas le résultat de la pénétration du liquide injecté.

M. WAGNIER. — Non, c'était bien de l'air.

M. NATIER. — J'ai vu également l'intolérance de l'alvéole pour la canule chez une fillette. Je l'ai combattue par des injections de cocaïne. Ne pourrait-on pas attribuer cette sensibilité à un certain degré de carie des os.

M. GAREL. — Il faut être éclectique dans le choix des méthodes. J'emploie de préférence la voie nasale et je pénètre par les méats inférieur ou moyen à l'aide du trocart ou du galvano-cautère. Toutes les méthodes sont bonnes suivant les cas. Tels malades guérissent en 6 jours, en 3 jours, d'autres, au bout de 3 ans, n'ont pas la moindre amélioration. Nous ignorons totalement pourquoi la guérison dans un cas, pourquoi la persistance dans d'autres.

M. CARTAZ est heureux d'être d'accord avec ses collègues : il n'y a pas un traitement des sinusites. L'incertitude du pronostic et du traitement est la conséquence de l'ignorance dans laquelle on est sur l'anatomie pathologique de ces lésions. Il croit qu'une muqueuse lisse, vernissée, guérit moins rapidement qu'une muqueuse fongueuse.

*Traitement de l'empyème du sinus sphénoïdal, par M. MOURE, rapporteur.*

Après avoir rappelé que Berger (de Gratz), en 1888, est un des premiers qui ait attiré l'attention sur ces sinus, l'auteur mentionne les travaux de Tillaux sur le développement de ce sinus qui serait complet vers 20 ans. Il donne ensuite quelques notions d'anatomie : le sinus sphénoïdal creusé dans l'épaisseur du sphénoïde correspond à sa partie supérieure au chiasma des nerfs optiques et à la fosse pituitaire, sur les côtés du sinus caverneux, et en bas il communique avec les fosses nasales dans lesquelles il s'ouvre par deux orifices situés dans la partie postérieure du méat supérieur.

Les inflammations du sinus sphénoïdal ont dans ces derniers temps été étudiées par Max Schaeffer, Grünwald, et l'auteur qui les divise en sphénoïdites aiguës et chroniques.

La sphénoïdite aiguë est souvent, ainsi que l'a montré Schaeffer (de Brème), le résultat de la propagation, accompagnant certains coryzas, aux sinus sphénoïdaux.

Des douleurs à l'occiput commencent la maladie, la nuque est plus au moins raide, une sensation de tension douloureuse existe au fond des orbites et dans les yeux et s'accompagne d'abattement et de vertige.

Le spéculum montre la pituitaire, située en avant du sinus, rouge et tuméfiée. La muqueuse du cornet, projetée en avant, semble se continuer avec la muqueuse du septum. Bientôt se produit un exsudat jaunâtre, qui se reproduit facilement lorsqu'il est enlevé.

Le traitement de la sphénoïdite aiguë consiste en pédiluves, inhalations et fumigations émollientes. S'il y a des phénomènes de rétention purulente il faut faire le cathétérisme. Après anesthésie avec la cocaïne au dixième, on porte une sonde directement de bas en haut et d'avant en arrière, au-devant du corps sphénoïde, entre le septum et le cornet moyen. Arrivée à une distance de 7 à 11 centimètres de la racine du nez, on relève doucement le bec de la sonde vers la partie supérieure jusqu'au moment où l'on sent une petite dépression qui arrête l'instrument. Il ne reste plus qu'à pousser en arrière pour arriver dans le sinus.

Dans le cas où on ne peut trouver l'orifice, il faut perforer la paroi antérieure du sinus.

Le traitement local consiste en lavages, insufflations de poudres, badigeonnages avec la solution iodurée à 5 0/0.

La sphénoïdite chronique, se caractérise par les signes d'un catarrhe naso-pharyngé rebelle, avec sécrétion exagérée et fétide et croûtes nasales. Il existe également des douleurs de la nuque et du fond des yeux, de la névralgie du trijumeau. Les vertiges, la perte de la mémoire, l'hypochondrie sont fréquemment notés. Les troubles auriculaires et surtout oculaires : larmoiement, photophobie, scotome, névrite optique sont fréquents.

A l'inspection, le dos du nez à sa racine a une largeur anormale, la muqueuse de la cloison et du méat moyen est gonflée, on voit des fongosités, des polypes.

La rhinoscopie postérieure fait découvrir des croûtes.

Le diagnostic de cet empyème chronique est quelquefois très difficile ; le cathétérisme est parfois le seul moyen de le découvrir et en même temps en facilite le traitement.

Si l'hypertrophie du cornet moyen empêche le cathétérisme, il faut en réséquer une portion. Les lavages, injections causatives et modificatrices, le curettage sont les principaux moyens à employer.

#### *Discussion :*

M. CARTAZ. — Le gonflement de la muqueuse nasale rend le diagnostic difficile. Il faut réduire la muqueuse et le cornet moyen et s'efforcer de savoir si les cavités accessoires ne participent pas à l'inflammation.

M. MOURE. — Quoique le diagnostic soit difficile il est le plus souvent facilité par la coexistence d'une rhinite atrophique ou par le rejet de croûtes fétides moulant la cavité sphénoïdale. Le diagnostic le plus difficile est à faire avec l'empyème des cellules ethmoïdales, d'autant que ce dernier accompagne souvent la sphénoïdite.

*Traitement des suppurations du sinus frontal, par M. LACARRET (de Toulouse), rapporteur.*

La maladie se reconnaît par les douleurs et la suppuration. La douleur siège au niveau de la racine du nez, dans la région frontale et sus-orbitaire, et prend souvent le caractère névralgique, et elle est spontanée ou provoquée par la pression. L'écoulement purulent se fait par les narines, dans la position normale de la tête.

L'examen au spéculum montre que le pus coule le long de la

cloison et de la partie antérieure du méat moyen, la région de l'infundibulum est tuméfiée, recouverte de végétations polypôides; la région antérieure du méat moyen a sa muqueuse tuméfiée.

L'éclairage par transparence, selon la méthode de Heryng, aide au diagnostic que le cathétérisme confirme s'il est possible.

Le cathétérisme a souvent besoin d'opérations préalables sur les cornets pour être fait. C'est le premier moyen curatif à tenter, il donne issue au pus. S'il échoue, la ponction du sinus par la voie nasale s'impose (méthode de Schaeffer). Enfin la trépanation, par voie interne, n'est faite qu'après échec de tous les autres moyens.

Les lavages, les insufflations, le curettage enfin complètent le traitement.

#### *Discussion :*

M. MOURE. — Depuis quelque temps on fouille beaucoup trop le nez. On rapporte bien les succès opératoires, mais personne ne mentionne les revers, les accidents.

On sait combien l'anatomie des cavités accessoires du nez est variable et changeante. On oublie trop souvent que ces cavités sont voisines de l'encéphale. On ne craint pas pour des lésions légères de mettre la vie du malade en danger. Toutes ces cavités communiquant on ignore, le plus souvent, où vont les injections qui pénètrent tantôt le sinus ethmoïdal antérieur, tantôt le sinus frontal. Ce dernier est souvent distendu, ses parois friables, ramollie et, pour peu que l'injection soit poussée avec force, rien ne l'empêche de pénétrer la cavité crânienne.

Enfin le cathétérisme de ce sinus, par la voie naturelle, est à en croire la majorité des auteurs d'une facilité extrême. Je ne le crois pas, la pratique le montre, et souvent la muqueuse tuméfiée et la forme du canal qui donne accès au sinus empêchent d'y pénétrer. En résumé, il faut traiter le sinus frontal avec précaution : autant il est sans danger d'agir sur le sinus maxillaire, autant il faut être prudent avec le sinus frontal.

M. NATIER. — Ayant donné mes soins à un malade atteint de sinusite maxillaire droite, il revint me trouver se plaignant d'écoulement purulent et de douleurs orbitaires du côté droit. Je constatai un empyème du sinus frontal. Je fis le cathétérisme, des lavages et le malade guérit en trois jours. Je me demande si la sinusite frontale n'a pas été consécutive à la sinusite maxillaire.

*Cas de laryngites grippales, par le Dr CARTAZ.*

Il ne s'agit pas d'œdème laryngé, tel que celui décrit par Lostalot, consécutif à une parotidite suppurée avec phlegmon du cou et ayant nécessité la trachéotomie.

Les cas rapportés par l'auteur sont consécutifs à la grippe et proviennent du service de M. Rendu, à Necker.

*1<sup>er</sup> cas :* Cuisinière, 40 ans. Grippe, enrouement, dyspnée. Sangsues cervicales. Compresses froides, guérison en trois à quatre jours.

Examen laryngoscopique au début : œdème localisé à la région aryténoïdienne gauche, au niveau de la région inter-aryténoïdienne, tuméfaction du volume d'une petite noix. Cordes vocales inférieures présentant l'aspect de la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs. Syphilis 10 ans auparavant ayant déterminé de l'effondrement nasal et de l'enrouement.

*2<sup>e</sup> Cas :* Palefrenier. Gêne inspiratoire. Troubles vocaux peu prononcés mais brusques. Tuméfaction des bandes vocales surtout la gauche, recouvrant les cordes vocales inférieures rouges. Saignée et réfrigération locales. Guérison.

*Discussion :*

M. NATIER. — J'ai eu deux cas semblables. Le premier, un boucher de 20 ans qui eut des troubles dyspnéiques dus à un œdème de la corde vocale inférieure gauche. Guéri par les révulsifs et les attouchements au chlorure de zinc.

Le second : femme de 35 ans, blanchisseuse, œdème des deux cordes vocales, gênant l'inspiration. Guérison par la coëne et les attouchements au nitrate d'argent.

*Mycosis bénin de l'arrière-gorge, par le Dr GAREL (de Lyon).*

Cette maladie est relativement fréquente et peut être confondue au premier aspect avec l'amygdalite folliculaire. L'auteur depuis 1887, en a réuni 29 cas : 14 cas chez l'homme, 15 cas chez la femme. La fréquence est plus grande chez les jeunes filles et entre 10 et 20 ans. Un état catarrhal de la muqueuse pharyngonasale semble être une condition prédisposante importante. Les amygdalites à répétition peuvent être également incriminées. La coïncidence chez plusieurs membres d'une même famille ne semble pas devoir être attribuée à une prédisposition héréditaire.

La symptomatologie est presque entièrement objective. Rarement il y a gêne ou douleur à la déglutition.

A l'examen la lésion siège, par ordre de fréquence, aux amygdales, à la base de la langue, dans les fossettes glosso-épiglottiques, les parois postérieures et latérales du pharynx, au niveau des piliers, de la voûte naso-pharyngée des fosses nasales.

La lésion offre l'aspect : 1° de petits points analogues à des grains de millet; 2° de touffes de champignons rappelant l'aspect de la barbe de capucin; 3° de plaques jaunâtres simulant des taches diphtériques.

La marche de l'affection est lente, sa disparition peut être spontanée avec le temps. Elle est sujette à récides.

Il faut la différencier : 1° de l'amygdalite lacunaire dont les points mous et friables s'enlèvent facilement avec le stylet; 2° des concrétions amygdaliennes que l'on peut aisément énucléer; 3° de l'angine pultacée, qui a des symptômes généraux; 4° de l'angine herpétique, qui envahit le voile du palais; 5° de la diphtérie, où la culture facilite le diagnostic.

La maladie est causée par le *leptothrix buccalis* ou *cocci bacillus fasciculatus*.

Si on fait des coupes au niveau des points malades, on note que le tissu lymphoïde a disparu, et est remplacé par un stroma fibro-conjonctif dans lequel les vaisseaux sont atrophiés. Dans ce stroma existent des cavités représentant des cryptes dilatées, véritables kystes par rétention, tapissés d'une accumulation de lamelles cornées. Entre ces lamelles sont des spores et des filaments de leptothrix.

La lésion des cryptes semble être la première en date, et le parasite trouverait là un milieu favorable à sa culture.

Le traitement consiste dans l'extraction et la cautérisation au galvano-cautère.

Les badigeonnages avec la solution iodo-iodurée, avec l'iode pur ne semblent pas donner de résultats satisfaisants.

#### Discussion :

M. WAGNIER. — J'ai employé dans le traitement des pharyngomycoses l'acide chromique anhydre. En trois séances, j'ai guéri des cas rebelles.

M. MOURE. — L'acide chromique est toxique à faibles doses, surtout pour le nez, il est nécessaire après un attouchement avec cet acide, de laver le nez avec une solution alcaline. Je préfère les badigeonnages au chlorure de sodium et à l'iode, qui ne présentent aucun danger.

M. NATIER. — J'ai donné mes soins à une jeune fille de 16 ans, atteinte de mycose pharyngée. Sa sœur, âgée de 20 ans, en avait été atteinte vers l'âge de 8 à 10 ans. J'ai cautérisé au chlorure de zinc; huit jours après, les filaments étaient flétris. J'appliquai le galvano-cautère sur l'amygdale gauche, la malade fut guérie de ce côté et non de l'autre, où je n'avais point fait de galvano-caustique, voulant établir une comparaison.

M. WAGNIER. — Je n'ai jamais eu d'accidents par l'acide chromique, cela tient à la quantité minime que j'emploie. Cet acide agit surtout par ses propriétés physiques.

Un polype de l'oreille touché en un point tombe au bout de peu de temps.

M. GAREL. — Il serait heureux de trouver un procédé plus rapide que celui des pinces. Pour ce qui est de l'apparition de la mycose à distance dans une même famille, je ne crois pas à la contagion.

M. NATIER. — Le Dr Lescure prétend guérir la diphtérie par l'acide chromique. Il y a là une analogie avec la mycose pharyngée.

M. CARTAZ. — Il n'y a aucune ressemblance, il n'y a pas de fausses membranes comme dans la diphtérie.

M. NATIER. — Je ne dis pas ressemblance, mais analogie et surtout action favorable de l'acide chromique dans les deux cas.

*Rappel de malade atteint de myxœdème opératoire.*

M. NATIER présente un malade qui fut trachéotomisé pour une hypertrophie du corps thyroïde. La suffocation ayant disparu, on enlève la canule. Une deuxième trachéotomie devient nécessaire. Il existait, à ce moment, une paralysie en abduction de la corde vocale droite. A gauche, la paralysie était moins prononcée.

On enlève au bout de quelque temps la canule. M. Tapret fit au malade des injections de suc thyroïdien, mais devant une suffocation menaçante, on fut obligé de recourir à une nouvelle trachéotomie. Actuellement, le malade a une paralysie complète des cordes vocales.

---

*(Séance du vendredi 12 mai (soir).)*

*Anatomie microscopique de l'organe de Jacobson chez le bœuf et le mouton, par le Dr RAUGÉ (de Challes).*

L'auteur présente quelques pièces anatomiques et des photo-

graphiques destinées à montrer la disposition macroscopique de l'organe de Jacobson chez certaines espèces animales où cet appareil est considérablement développé (bœuf, mouton). Les préparations sont : les unes des coupes transversales montrant à différents niveaux la section du tube cartilagineux jacobsonien accolé sur chaque face de la cloison ; les autres, antéro-postérieures, montrent ce tube dans toute sa longueur. Des pièces spéciales montrent l'abouchement antérieur du tube de Jacobson dans le canal incisif.

Les recherches anatomiques sur cet organe qui est rudimentaire chez l'homme serviront à discuter le rôle possible qu'on a fait jouer dans ces derniers temps à l'appareil de Jacobson, soit dans les épaissements de la cloison (Løwe, Onodi, Sandmann), soit dans les ulcères perforants du septum (Potiquet, in *Médecine moderne*).

#### *Discussion :*

M. MOURE. — Je n'ai rien à dire à propos de l'organe de Jacobson chez l'animal. M. Potiquet a attiré l'attention sur les fonctions de cet organe rudimentaire chez l'homme. Il lui fait jouer un rôle dans la pathogénie de l'ulcère perforant au début. L'ulcération n'a pas débuté par le point que M. Potiquet considère comme correspondant au rudiment du canal de Jacobson, mais au milieu du cartilage, à quatre millièmes au-dessus de l'orifice du canal. Souvent l'ulcération débute au niveau de la partie concave. Chez un malade l'ulcération siégeait au niveau de la partie moyenne du cartilage quadrilatère. Je conclus de ces faits que l'organe de Jacobson ne joue pas dans tous les cas le rôle que lui attribue M. Potiquet.

#### *Pachydermie du larynx, par le Dr MOLL (Arnheim).*

L'auteur rappelle que cette affection est rare et pas admise toujours comme entité morbide : ce serait une variété de laryngite catarrhale chronique.

Toutefois cette variété a des caractères particuliers : c'est une inflammation chronique de la muqueuse des cordes vocales, avec bourrelet hypertrophique au niveau de l'apophyse et épaissement de l'extrémité postérieure des cordes. Le siège de la maladie est donc inter-aryténoïdien.

Le traitement est des plus difficile et reste souvent inefficace. Passant en revue la multitude des traitements locaux ou chirurgicaux, l'auteur préconise celui du Dr Gouguenheim : ablation



des végétations à la pince et cautérisation. Il mentionne, pour mémoire, les procédés de Fraenkel, Capart, Landgraf et expose la théorie de Semon sur la transformation de la pachydermie en tumeur maligne et la difficulté du diagnostic avec certains cas de tuberculose laryngée.

L'auteur propose l'électrolyse comme cure radicale : il se sert d'une aiguille double qu'il enfonce dans les points à détruire et fait passer un courant de 5 milliampères. La séance est de 5 minutes. La guérison est rapide.

*Discussion :*

M. WAGNIER. — Je demanderai à notre confrère par quel procédé le malade peut supporter l'électrolyse pendant cinq minutes sans faire d'efforts de déglutition. Si c'est bien cinq minutes que dure cette électrolyse ? A quelle profondeur les aiguilles sont enfoncées ?

M. MOLL. — Le malade est anesthésié à la cocaïne et supporte facilement pendant 5 minutes l'électrolyse ainsi que je l'ai dit.

Les aiguilles sont enfoncées dans la tuméfaction à 3 millimètres de profondeur environ.

M. GAREL. — J'ai employé l'électrolyse dans la phthisie laryngée, sans dépasser 5 à 10 secondes d'application et j'obtenais une escarre suffisante. Je voudrais que notre confrère précisât les signes diagnostiques différentiels entre la laryngite chronique et la pachydermie. S'agit-il, pour lui, d'une maladie à part ou d'un processus inflammatoire ?

M. MOLL. — L'aspect et le siège des lésions suffisent à établir le diagnostic différentiel. Pour ce qui est de la nature de la maladie je pense qu'il faut la rattacher à la laryngite chronique.

*Hémoptysies et hémorragies de l'amygdale linguale, par le Dr JOAL (Mont-Doro).*

Le symptôme hémoptysie effraye souvent le malade et inquiète le médecin. Quand un malade crache ou vomit du sang est du plus grand intérêt de connaître l'organe ou siège le foyer hémorragique.

On se contente généralement de faire le diagnostic entre l'hémoptysie, les épistaxis, les hémorragies et les hématoméses. Cependant Hérard et Cornil, Vidal et Cartaz ont cité des cas d'hémorragies pharyngiennes. Strubing, Poyet, Ruault ont publié des observations de laryngorragies. Enfin récemment Moure, Garel et Manon ont rapporté des faits ou les crache-

ments sanguins étaient liés à la présence de varices linguales.

L'auteur a vu trois malades chez lesquels on redoutait un début de tuberculose par suite d'expectorations sanguines, d'amaigrissement, de perte d'appétit, d'excitabilité nerveuse d'insomnie, de toux légère et répétée. Rien dans la poitrine, rien dans les crachats.

Le miroir laryngien fait voir que le sang provenait de petites ulcérations et de ruptures vasculaires siégeant sur les amygdales linguales hypertrophiées. Pas de varices de la base de la langue.

*Un cas d'hémorragie du pharynx, par le Dr NATIER.*

Un homme de 20 ans, bien constitué, sans antécédents héréditaires ou personnels, sans trace de diathèses, sans maladie organique, le cœur, le foie, les reins étant intacts, fut pris le 8 février, sous la simple influence d'un effort vocal, d'une petite hémoptysie et cracha trois à quatre gorgées de sang.

Il dina comme à l'ordinaire ; mais à peine couché, il sentit un flot de sang lui monter à la gorge. L'écoulement fut arrêté par quelques gargarismes avec une solution de perchlorure de fer. Le lendemain, au réveil, nouveaux crachats sanglants ; dans la journée, hémorragie abondante.

L'auteur voit le malade le 10 février et constate que le sang s'écoule en nappe de la paroi postérieure et latérale droite du pharynx. Il n'y a pas de varices. L'hémorragie dure en tout une dizaine de jours et cède finalement à des attouchements au jus de citron et à des pulvérisations au chlorure de zinc, ainsi qu'à l'usage interne de l'ergotine.

M. Natier a cherché dans la littérature médicale et il a trouvé quelques faits de M. Cartaz qui peuvent se rapprocher de son observation et un cas de Hunter, en tout semblable à celui qu'il décrit. Hunter n'a pas trouvé l'explication de ce fait étrange.

*Discussion.*

M. CARTAZ. — M. Natier a rapporté deux cas d'hémorragies que j'avais envoyés à la *British medical Association* lors de la discussion faite à cette Société sur les *pseudo-hémoptysies* et les *hémorragies pharyngées*. Le rapporteur de cette association avait conclu qu'en dehors des varices et des ulcérations du pharynx, la plupart des hémorragies, dites pharyngées, étaient tuberculeuses.

Un des deux cas que j'avais signalés était particulièrement

intéressant : il s'agissait d'un malade atteint d'hémoptysie, que j'avais vu avec le Dr Erhardt; il présentait, en outre, des signes de bronchite et de broncho-pneumonie. On inclinait vers la tuberculose; l'idée me vint de regarder l'arrière-gorge, et j'aperçus nettement la source de l'hémorragie, qui était des veines pharyngées variqueuses situées sur la paroi postérieure du pharynx.

La plupart des hémorragies de la gorge, si on en excepte toutefois celles venant du nez ou de la paroi postérieure du pharynx, sont dues à deux causes : 1<sup>o</sup> tuberculose au début; 2<sup>o</sup> phénomènes névropathiques. — Les sujets de tare nerveuse font facilement des troubles vaso-moteurs et des congestions passives, d'où hémoptysies. Les autres hémorragies du pharynx sont dues à des ulcères et à des varices, comme je l'ai déjà dit. Je ne crois pas que l'amygdale linguale soit l'origine fréquente d'écoulements sanguins, le tissu adénoïde irrité donnant rarement du sang. Pas plus, du reste, que l'hypertrophie amygdalienne ne donne d'hémorragies spontanées.

M. GAREL. — Il est très fréquent d'être consulté pour des hémorragies simulant l'hémoptysie. Dans ces cas, il est bon de savoir si l'hémorragie est survenue à n'importe quel moment de la journée et sans cause apparente, ou bien à l'occasion d'un effort.

Les hémorragies survenant à la suite d'un effort sont fréquentes dans les varices de la base de la langue, sans qu'on puisse retrouver l'ulcération, ce qui fait qu'il est difficile d'affirmer leur origine. J'ai connu un professeur qui crachait le sang chaque jour après la classe, sans en éprouver grand dommage.

Les hémorragies névropathiques se rencontrent surtout chez les femmes nerveuses, de préférence le matin à jeun, comme l'a montré Jossérand, dans le *Lyon médical*. L'aspect de l'hémoptysie est celui du sirop de groseille dilué d'eau ou du sirop de cachou. Chez les malades qui ont ces hémoptysies on voit peu souvent des varices de la base de la langue. Jossérand pense qu'elles viennent de l'estomac et sont constituées par du sang dissous dans la salive. J'ai vu des cas d'hémoptysies considérées comme tuberculeuses cesser par la cautérisation de varices linguales.

M. MOURE. — Je suis affirmatif pour ce qui est des hémorragies dues à des varices de la base de la langue; j'ai vu dans un cas le sang sourdre très nettement des petites veinules qui

siègent à ce niveau. Il s'agissait d'un courtier en cognac qui avait des hémorragies chaque fois qu'il buvait un verre de cognac. Les hémorragies ne sont pas rares chez les hystériques. On les a vues se produire par les points lacrymaux, les glandes sudoripares et constituer, dans ce dernier cas, des sueurs de sang.

M. GAREL. — Quand on constate une hémorragie en dehors de toute névrose, et qu'elle siège surtout au niveau des amygdales, il faut toujours examiner avec soin les urines. J'ai vu survenir, la nuit, chez un goutteux albuminurique, une hémorragie de l'amygdale; il mourait un an après d'apoplexie.

M. JOAL. — Mes malades avaient des ulcérations, non des varices, comme dans les cas précédents. Dans un cas, les hémorragies coïncidaient avec les règles. Elles survenaient chez des malades qui étaient névropathes, mais nullement hystériques.

M. NATIER. — Le malade dont j'ai raconté l'histoire était calme, ne présentant pas de phénomènes nerveux. Les reins fonctionnaient normalement. Hill rapporte l'histoire d'un malade âgé de 46 ans, goutteux, chez lequel existaient des hémorragies du pharynx.

A l'examen on apercevait des points jaunâtres : c'étaient des ulcérations couvertes de coagulum sanguin et d'amas urratiques.

*Cancer du corps thyroïde, secondaire à un goître,*  
par le Dr CHABORY (Mont-Dore).

M<sup>me</sup> V<sup>e</sup> V..., âgée de 48 ans. A 30 ans, après son dernier accouchement prématuré, elle s'aperçut qu'elle avait une petite tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui suivait les mouvements du larynx pendant la déglutition. Stationnaire pendant seize ans, cette tumeur a augmenté rapidement depuis un an, et on constate des ganglions volumineux dans les régions carotidiennes. Troubles vocaux intermittents. Le diagnostic de carcinome du corps thyroïde, secondaire à un goître, est fait et confirmé à l'autopsie. La malade est morte avec tous les symptômes de l'asphyxie blanche.

Autopsie : parois de l'œsophage saines, les nerfs laryngés supérieurs et inférieurs ne présentent en aucun point de leur trajet d'envahissement néoplasique. La trachée est aplatie, sans dégénérescence des parois. Les bords postérieurs des lobes du corps thyroïde sont sains, au niveau de l'isthme et

dans les deux tiers internes du lobe droit; toute dissection est impossible; tout est carcinomateux. Envahissement des régions carotidiennes et de la poignée du sternum. Noyaux secondaires dans le foie, la plèvre, le sein droit.

*Otites hémorragiques d'origine grippale*, par le Dr HERCK  
(de Paris).

Ces otites, étudiées par Delstanche et quelques otologistes pendant l'épidémie de 1890, sont un peu oubliées.

L'auteur a recueilli, dans l'épidémie récente, quelques observations à rapprocher des faits antérieurs.

Ce sont à peu près les mêmes symptômes. L'hémorragie auriculaire qui survient après une atteinte de grippe est accompagnée de bourdonnements et de douleurs quelquefois très vives. Cette hémorragie n'est qu'une ecchymose tympanique, ou bien forme une phlyctésie dans le segment postéro-inférieur de la membrane tympanique dont l'épiderme est soulevé, ou bien elle coule en dehors, jusque sur le cou du malade. C'est du sang épais, visqueux, noirâtre, presque coagulé. A ce moment, il n'y a aucun trouble du côté de l'oreille moyenne, la douche d'air passe sans râles et souvent sans bruit de perforation. Suivant le procédé du professeur Delstanche, il fut fait des injections d'huile de vaseline pure *per tubam*, tandis que le professeur bruxellois emploie la vaseline iodoformée. Grâce à cette méthode, les douleurs sont amendées et la durée du processus inflammatoire notablement abrégée.

---

*Séance du samedi matin.*

TRAITEMENT DE L'OTORRHÉE

1. — *Traitement médical*, par le Dr Polo (de Nantes),  
rapporteur.

Il faut, avant toute intervention, étudier l'état général du malade et le terrain sur lequel évolue la maladie. En deuxième lieu, il faut visiter attentivement le nez, le pharynx, et surtout enlever les végétations adénoïdes s'il y en a.

La première indication est de nettoyer l'oreille et de chasser le pus : c'est de faire de l'asepsie. L'eau bouillie ou boriquée à 32 degrés suffit.

Vient ensuite l'antisepsie; les médications employées sont :

1° La médication humide;

2° La médication sèche.

*Médication humide.* — Il ne faut pas oublier que les substances dont le pouvoir antiseptique est très élevé ont aussi une action sur les cellules qui peut être nuisible.

L'acide borique suffit dans la majorité des cas.

Le sublimé est irritant. Voici comment il faut l'employer :

Sublimé .....	25 centigrammes.
Acide tartrique .....	1 gramme.
Eau .....	1 litre.

Cette solution agit très efficacement dans les cas d'otorrhée rebelle et de syphilis.

L'acide phénique en solution à 1 0/0 est utile dans le cas de fétidité.

Le phéno-salyl à 4 pour 1000 détruit les staphylocoques; à 7 pour 1000 le bacille de Koch.

L'eau oxygénée pure ou additionnée de 4 ou 5 fois d'eau, convient chez les scrofuleux.

M. Miot emploie la solution d'ichtyol à 7 0/0 dans les cas d'otorrhée ancienne, surtout chez les scrofuleux et les tuberculeux.

La résorcine à 4 0/0, le lysol à 1 ou 2 0/0 sont employés pour les instillations, de même que le sulfate d'alumine qui, mélangé d'hydrate de chloral, est encore plus antiseptique. A ces substances il faut joindre : le nitrate d'argent au 1/30<sup>e</sup>, au 1/10<sup>e</sup> contre les caries et nécroses. Le sulfate de zinc à 20 centigrammes pour 20 grammes d'excipient. L'acide phénique, le phéno-salyl à 1/10<sup>e</sup>.

Les excipients sont généralement : l'eau stérilisée, l'alcool, la glycérine et l'huile de vaseline.

Pour les pansements dans l'oreille moyenne, on emploie la sonde courbée d'Hartmann; il faut veiller à ce que l'écoulement de l'eau se fasse librement au retour pour éviter une augmentation de pression dans la caisse. S'il y a des produits d'une certaine dureté, un cholestéatome, il faut faire des instillations, puis tâcher d'entraîner l'eau par le lavage.

La trompe doit être réservée pour les instillations d'air ou de vapeur d'eau, il faut filtrer l'air sur de l'ouate. Si l'apophyse mastoïde est très développée, il faut aller doucement en insufflant l'air.

*Pansements secs.* — On peut étancher le pus à l'aide d'ouate sèche ou antiseptique, avec de la gaze iodoformée.

Le pansement par insufflation peut donner de bons résultats dans les petites suppurations. Il faut se méfier de la rétention du pus causée par l'agglomération des poudres formant bouchon.

L'acide borique et salicylique, l'iodoforme, l'aristol, le salol camphré (Cuvillier), le dermatol (Delstanche) ont été utilisés.

On a également essayé des globules contenant de 1 milligramme à 1 centigramme de substance, mais ce procédé a une action lente, limitée seulement à la partie inférieure de l'oreille.

Le traitement sec est contre-indiqué dans les caries, insuffisant dans les végétations. Dans ces cas, les granulations et les végétations seront traitées par l'alcool, l'acide chromique, l'acide lactique, le grattage, le galvano-cautère.

Il faut toujours, si possible, préciser son diagnostic par l'examen bactériologique.

*Conclusions.* — Il n'y a pas de traitement unique. Chaque cas a ses indications.

1° Il faut toujours chasser l'exsudat, empêcher qu'il se reforme et, pour cela, modifier la surface sécrétante ;

2° Cesser tout médicament douloureux ou qui, au bout de quelque temps, n'a pas donné d'amélioration. Et n'employer le traitement chirurgical que si tous les autres ont échoué ;

3° Enfin, il faut traiter l'état général par les médications appropriées : l'hygiène, l'aération. Le séjour maritime (Moure) semble défavorable. Les pays de montagnes, secs et élevés, sont préférables. Il en est de même des eaux arsénicales et sulfureuses.

## II. — *Traitement chirurgical de l'otorrhée*, par le Dr Mior.

Ce traitement varie avec la cause de la suppuration : hypertrophie de la muqueuse, polypes, carie des osselets et des parois, et extension de la maladie aux cellules mastoïdiennes.

Destruction des polypes : dessiccation, cautérisation, arrachement, raclage, excision, ligature, écrasement linéaire, compression.

Dans les cas de bourgeonnements, de productions polypiformes, d'otite desquamative avec ou sans carie, on emploie :

1° *L'abrasion ou curettage.* Utile surtout dans les suppurations de l'attique, il faut agir avec précaution et légèreté de main après anesthésie locale ou générale par le chloroforme.

Dans les cas d'inflammation de la membrane de Shrapnell

si on a une ouverture trop étroite, le curettage peut être insuffisant; on se trouve obligé quelquefois d'agrandir l'ouverture en enlevant le marteau.

S'il y a carie, il faut extraire le marteau sans hésitation, sinon enlever la margelle tympanique et détruire la paroi externe de l'attique et les cellules correspondantes pour agrandir la perforation.

Après nettoyage de la caisse on fait le tamponnement ou des lavages fréquents.

L'auteur conseille le repos au lit, les pansements humides au début, remplacés ensuite par le pansement sec avec un mélange d'acide borique et d'aristol;

2° *Ablation des osselets*. Les osselets, d'après les statistiques, sont atteints de carie 123 fois sur 127; l'enclume est le plus fréquemment atteinte; il en résulte que l'ablation est plus souvent indiquée que le raclage.

Si les osselets sont cariés on enlève largement. Faut-il enlever les os intacts pour se donner du jour? Beaucoup de chirurgiens n'hésitent pas et dégagent complètement l'attique.

Le procédé de *Schwartz*, généralement employé, consiste à inciser les parties restantes du tympan au niveau de leur périphérie, à diviser l'articulation incudo-stapédale, à couper le muscle tenseur et à enlever les restes du tympan et les osselets.

On fait l'extraction de l'étrier par la méthode de *Kessel*. Si l'étrier est caché, le dégager avec le sécateur de *Deuck*, la rugine ou la machine de *White*. Le curettage fait avec soin termine l'opération, que suivent les précautions et pansements indiqués plus haut.

Les phénomènes consécutifs sont surtout la lenteur du pouls; les vertiges, les bourdonnements, le malaise, la surdité sont à peine prononcés, tandis que dans le curettage simple ils sont très accusés.

Si la fenêtre ovale est lésée il y a écoulement de péri-lymphe, il peut même y avoir suppuration qui ne se produit habituellement que s'il reste des parcelles d'os cariés ou une carie des parois. *Kessel* conseille d'enlever la paroi externe de la caisse au ciseau; on peut le faire avec le drill, la machine de *White* ou le sécateur de *Deuck*.

Un procédé (*Küster-Politzer-Kretschmann*) consiste à séparer les portions osseuses postérieures et supérieures du conduit de la portion cartilagineuse, qu'on rejette en avant. L'ou-



verture est plus large, le tympan plus accessible. On suture ensuite et la cicatrisation est rapide. Après l'opération on fait un curetage.

*Note sur l'opération de Stacke, par le Dr LUBET-BARBON.*

Ce procédé est destiné à combattre les otorrhées rebelles ayant leur origine dans l'attique, diverticule situé à la partie supérieure du tympan, appelé *recessus epitympanicus* par les anciens auteurs, et logette des osselets par M. Gellé. Dénommé également coupole, ce diverticule loge les portions supérieures de l'enclume et du marteau.

La plupart des procédés opératoires utilisés pour l'ablation de l'enclume et du marteau ne donnaient pas des résultats absolument satisfaisants et souvent l'enclume restait cachée derrière le plan externe osseux (mur de la logette de Gellé).

Stacke a imaginé une méthode qui permet : 1° l'enlèvement facile de l'enclume; le curetage de l'attique; 3° la pénétration dans l'antrum pour diagnostiquer et enlever les cholestéatomes.

Cette méthode consiste en ceci : décollement du pavillon, section transversale et rabattement du conduit auditif. On arrive ainsi dans la cavité tympanique; on peut alors enlever le marteau et l'enclume, le tympan, et après avoir fait sauter à la gouge la paroi extérieure et inférieure (mur de la logette), arriver dans l'antre.

Les détails de l'opération sont consignés dans la thèse de M. Weissmann (Paris, 1893). Pour éviter la blessure du facial, un mandrin protecteur est introduit au fond de la caisse.

M. MOURE. — Je demanderai à M. Lubet-Barbon quel est le traitement consécutif à l'opération de Stacke?

M. LUBET-BARBON. — Le pansement dans une cavité osseuse n'est pas toujours facile: c'est là le point faible. Je me sers du tamponnement. Je suture la paroi postérieure du conduit et je tamponne avec de la gaze iodoformée, que je laisse huit jours en place. Au bout de ce laps de ce temps, on enlève le tampon qui est généralement très fétide. On renouvelle alors le pansement tous les trois ou quatre jours. Le bourgeonnement est très actif; il faut réprimer les bourgeons charnus soit avec le fer rouge, le nitrate d'argent, l'acide chromique. La durée du traitement consécutif à l'opération est très variable. S'il s'agit d'une simple lésion de la paroi externe de l'attique ou de l'enclume, le traitement dure un mois et un mois et demi. S'il

s'agit d'un cholestéatome, la durée du traitement n'a pas de limites.

L'opération de Stacke permet d'avoir un orifice toujours béant, tandis que par toute autre méthode la plaie se referme de suite et empêche de suivre les progrès de la réparation et de la guérison.

M. MOURE. — Dans les otorrhées il faut toujours considérer, au point de vue de la curabilité, le malade et la localisation de la maladie. Il y a des otorrhées qui ne demandent qu'à guérir; quelle que soit la méthode employée, avec quelques pansements ou lavages la guérison est obtenue. D'autres otorrhées sont rebelles à tout traitement et donnent non seulement des insuccès, mais quelquefois des accidents.

Quand les traitements médicaux ne donnent aucun résultat, on a recours aux traitements chirurgicaux, en allant des plus simples aux plus compliqués, depuis le curettage jusqu'à l'opération de Stacke, en passant par l'ablation des osselets. Dans quelques cas, on peut essayer de la méthode de Politzer, qui consiste à enlever le mur de la logette en passant par le conduit auditif à l'aide d'un instrument spécial en forme de crochet, dans lequel glisse une lame coupante. On introduit le crochet dans le conduit et son extrémité vient s'arc-bouter contre la logette; en faisant mouvoir une glissière, la lame vient sectionner une portion du mur. Cette opération ne crée pas de traumatisme externe, et si elle ne réussit pas, on a toujours le temps d'ouvrir le conduit.

Dans les opérations chirurgicales ce qu'il faut éviter de léser c'est le canal de Fallope et de créer une paralysie faciale. Le canal n'ayant pas toujours une direction identique un coup de gouge peut blesser le nerf et créer une névrite se traduisant soit de suite, soit au moment de la cicatrisation par une paralysie faciale. Comme dans la plupart de ces opérations, dans les soins consécutifs entrent l'écouvillonnage et le curettage; ces derniers, les rapports étant presque toujours peu faciles à voir, sont faits à l'aveugle. Pour toutes ces raisons je crois qu'en matière d'otorrhée il faut suivre pour le traitement la marche suivante: thérapeutique médicale, intervention chirurgicale; ici graduellement le curettage, l'ablation des osselets, la section du mur de la logette, l'opération de Stacke.

M. LUBET-BARDON. — Je tiens à affirmer deux points principaux :

1° Que l'opération de Stacke avant d'être faite exige un dia-

gnostic exact et ne doit être exécutée qu'après essai des autres procédés et seulement pour les otorrhées absolument rebelles.

2° Je prétends que l'instrument de Politzer, comme tous ceux qui permettent d'opérer sans voir sont dangereux et faits pour léser l'oreille. Il est plus simple d'opérer à ciel ouvert, tandis qu'habituellement, la plupart des procédés, cachent le bout de l'instrument et le champ d'action. L'instrument de Politzer a de plus cet inconvénient qu'il est peu solide, coupe peu, glisse et se casse.

Enfin on risque davantage la paralysie faciale avec cet instrument, surtout s'il y a des sequestres. Je ne crois pas que la paralysie faciale à moins d'être de cause subite et brutale donne de grands inconvénients. Habituellement due à une irritation, un choc, elle disparaît en trois ou quatre jours.

M. SUAREZ DE MENDOZA. — Ainsi que l'ont dit MM. Moure et Lubet-Barbon, tous les moyens sont bons contre l'otorrhée lorsqu'elle résiste au traitement médical. Je voudrais insister sur deux points : 1° Jusqu'à présent on n'a pas assez dit que certaines otorrhées ne guérissant pas par le lavage intra-tympanique sont rapidement améliorées et même guéries par le lavage tubaire à l'aide de la sonde courbée de Politzer ; 2° Pour ce qui est du traitement chirurgical, j'insiste sur l'emploi de la machine de White. Même dans les cas où la muqueuse est simplement épaissie, la fraise de White, peut être employée. Elle produit des scarifications qui permettent l'action des agents modificateurs. Elle est de plus d'un maniement commode.

M. NATIER. — Il y a inconvénient à laisser le malade se faire lui-même des insufflations d'acide borique dans l'oreille. Chez un malade j'ai vu la rétention de pus à la suite de ces insufflations, nécessiter la trépanation. Chez un confrère de l'armée grecque, l'acide borique s'était concrété en véritables cailloux que je fus obligé d'extraire. Souvent ces rétentions produisent des méningites. Pour ce qui est du traitement chirurgical de l'otorrhée, le Dr Chaput, chirurgien des hôpitaux, a tenté la cure chirurgicale d'otorrhées rebelles chez trois de mes malades : une femme âgée et deux jeunes gens. Il détache le pavillon, enlève la paroi supérieure de la caisse. Ce procédé lui permet de découvrir chez la malade âgée un abcès sous-dure-mérien et des noyaux tuberculeux. Dans deux cas il fut suivi de guérison complète de l'otorrhée.

M. POLO. — M. Suarez de Mendoza me faisait remarquer que j'ai peu insisté sur le traitement tubaire des otorrhées. Je pré-

fère pour mon compte passer ailleurs que par la trompe et éviter ainsi les étourdissements et autres symptômes éprouvés par le malade. En donnant à la canule des directions variées on peut exécuter par les procédés tympaniques un nettoyage complet.

M. SUAREZ DE MENDOZA. — Je me sers des canules de Hartmann et de Politzer, souvent après le lavage tympanique je n'obtiens plus de pus, alors que par le lavage tubaire il en sort encore.

M. POLO. — C'est que probablement le pus se reforme.

M. SUAREZ DE MENDOZA. — Non, car ce n'est pas en quelques minutes, même en supposant une suppuration profuse que je pourrais obtenir de nouveau du pus.

M. MARTIN. — Il est des cas d'otorrhée dans lesquels l'état syncopal, les vertiges, les nausées et même la paralysie faciale qui se produisent par le lavage, rendent ce mode de traitement impossible et nécessitent de suite l'intervention chirurgicale.

M. MOURE. — Je crois que le traitement de M. Suarez de Mendoza peut donner quelques résultats, surtout si on fait des scarifications avant la cautérisation. Je me propose d'employer ce procédé de scarification et cautérisation pour l'empyème opéré par la fosse canine.

*Kérato-angiome de la corde vocale, par le Dr MOURE.*

Un malade de 26 ans, d'aspect souffreteux, se plaignait après un refroidissement d'enrouement. Examiné, il présentait sur la corde vocale droite une petite tumeur du volume d'un grain de mil, d'aspect rosé avec petits points ecchymotiques à sa surface et lacis vasculaire délicat se perdant sur la face supérieure de la corde vocale. La tumeur était sessile.

Le malade présentait également sur la face dorsale de l'index une tumeur ressemblant à une verrue.

L'examen de ces deux tumeurs fait par M. Sabrazès montra que la tumeur du doigt était un sarcome fasciculé. La tumeur de la corde vocale était constituée par des logettes remplies de globules sanguins normaux. Autour les espaces sanguins et lymphatiques étaient très dilatés, le revêtement épithélial épaissi dans son ensemble avait subi une kératomisation anormale à sa surface, une infiltration séreuse diffuse dans sa profondeur.

Cette tumeur était analogue à celles observées sur la peau, décrites et appelées par Dubreuilh en 1889 : verrues télangiectasiques. Mibelli en Italie et Fox en Angleterre ont décrit également ces tumeurs.

*Note sur les accumulateurs et présentation du dispositif, par  
le Dr DARZENS.*

L'auteur montre un dispositif d'accumulateurs qui permet de régler l'intensité et la quantité de courant nécessaire soit dans les opérations, soit pour l'éclairage électrique.

*Discussion :*

M. GAREL. — Je suis étonné que les accumulateurs ne soient pas encore entrés dans la pratique. Je les emploie depuis 1881 et m'en trouve très bien. L'accumulateur seul permet de régler la force et la régularité du courant.

M. DARZENS. — Ces régulateurs en effet quoique très puissants, peuvent parfaitement se graduer.

*Un mode de traitement de diphthérie du larynx, par le  
Dr BONAIN (de Brest).*

L'auteur recommande, contre la diphthérie laryngée, l'évaporation d'essence de térébenthine (150 à 500 gr. dans les 24 heures) et la vaporisation d'eau sous une tente ou l'enfant reste jusqu'à complète guérison. Il a employé également avec succès le bleu de Roux et Yersin. Contre la sténose du croup il préconise le tubage du larynx.

*Communication de M. NATIER, sur le traitement de  
la diphthérie du larynx.*

M. NATIER. — Je veux simplement dire un mot sur un cas de diphthérie primitive du larynx. Il s'agissait d'un enfant, traité pour une adénopathie trachéo-bronchique, et chez lequel l'examen laryngoscopique me montra une fausse membrane tapissant les cordes vocales au-dessous desquelles elle formait un diaphragme percé d'un trou à son centre. Quelques jours après, l'amygdale était envahie.

---

*Séance du lundi 15 mai.*

*Recherches microscopiques et bactériologiques sur la mycose  
bénigne du pharynx, par le Dr RAUGÉ (Challes).*

L'auteur communique une série de recherches microscopiques et bactériologiques sur l'affection décrite en 1873 par B. Fraenkel, sous le nom de mycose bénigne du pharynx. Cette maladie ca-

ractérisée par des taches blanchâtres disséminées sur les amygdales, la paroi du pharynx et la base de la langue est sans gravité, mais très rebelle aux traitements. La cause est, de l'avis de tous, le *leptothrix buccalis*, habitant normalement la cavité buccale.

M. Raugé trouve que cette identification n'est pas absolument démontrée et ne repose que sur des ressemblances morphologiques insuffisantes. Dans deux séries comparatives de préparations, il montre les caractères morphologiques différentiels du parasite mycosique et du leptothrix buccal vulgaire. Cependant cette diversité d'aspect ne lui semble pas plus suffisante à contredire l'opinion commune sur l'identité des deux parasites, que leur prétendue ressemblance ne suffit à la démontrer. La question, pour être tranchée, réclame l'intervention de la bactériologie. Une série de cultures parallèles de leptothrix et de mycose ont fourni à l'auteur des résultats plus positifs que le simple examen des produits puisés directement dans la cavité buccale. La question n'est pas encore complètement résolue.

*Kystes osseux des fosses nasales*, par le Dr BEAUSOLEIL  
(de Bordeaux).

Il s'agit de deux femmes de 48 et 60 ans traitées pour une dilatation kystique du cornet moyen. Ces tumeurs ressemblaient à des corps étrangers incrustés de matières calcaires. Le stylet pénétrait facilement dans l'intérieur de la coque osseuse qui, dans un cas, contenait un polype muqueux. Il faut extirper le kyste avec l'anse ou le galvano-cautère.

*Lymphangiome caverneux de la cavité buccale et du voile du palais*, par le Dr LABIT.

Étude de deux cas : l'un chez une femme de 27 ans qui avait une tumeur siégeant sur la face antérieure du voile du palais, près de l'angle de la mâchoire, l'autre chez une petite fille de 3 mois possédant une tumeur palatine ressemblant à un adénome et saillante dans la cavité buccale.

*De la meilleure méthode de nettoyage de la caisse*,  
par le Dr ALBESPY.

Ce travail est le pendant de ce que le Dr Polo a dit dans son rapport sur le traitement de l'otorrhée.

*Sur l'étiologie des polypes du larynx*, par le D<sup>r</sup> LAVRAND  
(de Lille).

Relation de sept observations de polypes laryngés et essai de pathogénie. Pour l'auteur, ces tumeurs sont la conséquence d'irritations répétées sur la muqueuse vocale. Il admet, avec Morell Mackenzie, l'action étiologique du fonctionnement excessif de l'organe (91/100). Le catarrhe laryngé peut précéder ou accompagner l'apparition des néoplasmes.

*De la sténose nasale et de son traitement*, par le D<sup>r</sup> BOUFFÉ  
(de Paris).

Guérison de deux cas de sténose nasale par dilatation simple et rapidement progressive au moyen de bougies, sans cautérisations, raclage ou section des cornets.

*Nécrose syphilitique des maxillaires supérieurs*,  
par le D<sup>r</sup> A. COMBE (de Paris).

Ancien syphilitique âgé de 40 ans chez lequel on croit à l'existence d'un empyème maxillaire. Le sinus est indemne. Quelques mois après, gonflement considérable de la lèvre supérieure, face déformée. Pus abondant coulant le long de la paroi alvéolaire, et baignant les deux incisives centrale supérieure et latérale gauche qui sont enclavées. Ouverture large du sillon gingivo-labial au thermo-cautère, jusqu'au niveau des canines. La maladie gagne, le pus va dans les fosses nasales, on extrait un séquestre comprenant la partie antérieure des maxillaires supérieurs, des os palatins et du vomer. Large perforation consécutive. Appareil prothétique.

M. Combe insiste sur l'insidiosité de l'affection et les difficultés du diagnostic.

*Sur un cas de laryngopathie tertiaire*, par le D<sup>r</sup> AUDUBERT  
(de Bordeaux).

Chez un homme syphilitique, la partie supérieure seule du larynx présentait des lésions tertiaires. Les cordes vocales étaient intactes, l'appareil moteur de même. A l'entrée du larynx existaient une infiltration marquée et deux énormes végétations qui, rétrécissant l'entrée du larynx, déterminaient une dyspnée extrême et un bruit de cornage intense. Le malade fut guéri, sans trachéotomie, par l'introduction de bougies métalliques.

M. Moure, qui a dirigé le traitement, a détruit les végétations au galvano-cautère.

*Contribution à l'étude de la fonction du muscle crico-thyroïdien,*  
par le Dr ONODI (de Budapest).

*Conclusions :* 1° La section des deux nerfs laryngés inférieurs ne détermine pas la position médiane des cordes quand la trachée est ouverte ;

2° La position médiane se produit quand la trachée est fermée ;

3° La position médiane obtenue n'est que de courte durée et n'a rien de permanent ;

4° La position médiane peut être provoquée pendant quelques minutes, d'une façon réflexe, en agissant sur les nerfs de la peau.

*Hémorragies sous-muqueuses et à répétition des cordes vocales inférieures,* par le Dr POYET.

1<sup>re</sup> Cas. — Cantatrice bien portante, prise subitement, pendant une répétition, à l'occasion d'un effort vocal, d'une sensation de déchirure du niveau de l'angle droit du corps thyroïde. Sa voix, dit-elle, a craqué. Enrouement, puis aphonie, pas d'autres symptômes fonctionnels, si ce n'est besoin incessant de humer.

Examen laryngoscopique : corde vocale inférieure droite rouge ecchymotique et légèrement tuméfiée. Ecchymose résorbée en dix jours.

Cinq mois après, même accident dans mêmes circonstances, et même évolution. L'auteur conclut à une rupture vasculaire avec extravasation sanguine analogue à celle que l'on rencontre sous la peau à la suite d'un coup de fouet ou d'une entorse.

2<sup>e</sup> Cas. — Cantatrice, observée en 1889 avec le Dr Cartaz, léger enrouement dans les notes élevées après efforts vocaux faits pendant la période menstruelle.

Examen laryngoscopique : la corde vocale inférieure présente l'aspect d'un véritable caillot sanguin : elle est boursofflée, noirâtre, de forme olivaire. Reste du larynx sain. Repos, inhalations émollientes, attouchements avec une solution d'acide tannique dans la glycérine. Au bout de trois semaines, le bord seul de la corde est ecchymotique. On voit sur la surface de la corde un vaisseau relativement volumineux, cause de l'hémorragie. Trois récidives se produisirent, avec, à chaque fois, constatation du vaisseau.



3<sup>e</sup> Cas. — Banquier, hémophile. A trois reprises, enrouement et crachements de sang, plusieurs années consécutives. Rien au poumon. Souffle à la base au premier temps. Corde vocale gauche : ecchymose, de même taches ecchymotiques sur la muqueuse du pharynx, du voile du palais et de l'arrière-cavité des fosses nasales.

*Discussion :*

M. CASTEX a vu des cas analogues et notamment un cas dans lequel une ecchymose se produisit et disparut en huit jours sans entraîner de signes fonctionnels. Les cas de rupture du muscle thyro-aryténoïdien ne sont pas rares. M. Moure a rapporté le cas d'un ténor qui eut une rupture de la corde vocale en chantant un air de *Guillaume Tell*. Je demanderai à M. Poyet si la première malade avait ses règles.

M. POYET. — Oui, et chaque fois les accidents arrivaient à ce moment.

M. CASTEX. — Il existe toujours des troubles de la voix avant les règles.

M. JOAL. — Ces ecchymoses sont sûrement dues à la rupture de vaisseaux variqueux. Je donne mes soins à une chanteuse qui, depuis huit ans, a une grosse dilatation vasculaire sur la corde vocale droite; cette dilatation s'exagère au moment des règles. Un artiste, basse chantante, était surtout en voix quand ses cordes vocales étaient congestionnées.

M. CARTAZ. — Il peut se faire des hémorragies sans dilatation vasculaire préalable. Des cas de congestions répétées, soit sous l'influence d'irritation, des règles, d'efforts ou de prédispositions, peuvent entraîner une extravasation sanguine. Dans le cas de M. Poyet, le caillot était absolument sous-muqueux.

M. GAREL. — Ces faits sont à rapprocher des hémorragies dues à la rupture des kystes sanguins du bord des cordes vocales.

M. CASTEX. — Ce qui fait la fréquence de ces hémorragies chez les chanteurs, c'est la congestion chronique des cordes vocales.

*Erythème facial dû à la cocaïne, par le Dr CASTEX.*

L'auteur a observé trois cas de pseudo-érysyphèle dus à la cocaïne. L'un d'eux, particulièrement intéressant, a trait à une dame de 60 ans qui, à la suite de l'influenza, eut un coryza à répétition et du jetage nasal dus à de l'hypertrophie du cornet

moyen. Pour la soulager, on lui prescrivit des prises d'un mélange de salol et de cocaïne, qui provoquèrent, chez elle, des accidents sérieux.

Voulant tâter la susceptibilité de la malade et tenter la galvano-caustique sur le cornet, l'auteur badigeonna légèrement la muqueuse nasale avec de la cocaïne au cinquième.

Quelques heures après : éternuements, écoulement nasal abondant, battements douloureux dans la joue et la tempe droites, agitation. Le lendemain, érythème érisypélateux ayant débuté par la fosse nasale. Deux jours après, guérison, mais rejet par la narine d'une couenne analogue à celle que l'on trouve dans les rhinites fibrineuses.

La malade avait eu des accidents analogues avec les prises.

#### *Discussion.*

M. MOURE se demande si M. Castex n'a pas, en badigeonnant la muqueuse, érodé l'épithélium et provoqué un coryza suraigu, puis une inflammation consécutive du cornet inférieur. Souvent le galvano-cautère donne de la rhinite fibrineuse traumatique, simulant l'érysipèle.

M. CASTEX. — Je ne crois pas avoir produit la moindre érosion; du reste, des accidents analogues avaient suivi les prises. Il y a là une susceptibilité exagérée de la malade pour la cocaïne.

M. MARTIN croit que l'accident primitif est plutôt du ressort du salol que de la cocaïne.

#### *Lésions de l'oreille par explosion de dynamite, par le Dr CASTEX.*

A la suite de l'explosion du restaurant Véry, M. Castex a vu les cinq victimes. Deux moururent : Véry et Hamonod. Chez Véry, à gauche, le tympan avait disparu, ses débris étaient accolés au cercle tympanique, les osselets étaient disjoints et mobiles. A droite, le tympan était déchiré dans sa moitié postérieure. Surdité pendant la vie. Chez Hamonod : du côté gauche, rupture de la demi-postérieure du tympan, épanchement sanguin abondant dans la caisse; à droite, rupture tympanique à la demi-postérieure.

La troisième victime eut la même déchirure à gauche et une ecchymose; il resta sourd cinq jours avec des sifflements. M<sup>me</sup> Véry resta à moitié sourde pendant trois semaines et sa fille, âgée de 13 ans, n'eut rien. Deux mois après, tout était rentré dans l'ordre.

En résumé : 1° les lésions sont en proportion de la proximité

de l'explosion; 2° il n'y a pas eu d'otorragie; 3° la rupture du tympan a lieu surtout en arrière; 4° il n'y a pas eu de lésions graves de l'oreille interne.

*Fractures du larynx, par le Dr CASTEX.*

1<sup>er</sup> cas. Femme renversée par une voiture dont la roue passe sur la clavicule, le maxillaire inférieur et la moitié droite du corps thyroïde. Expulsion de sang, mucosités et fragments de cartilage. Boursoufflement des bandes ventriculaires. Il ne s'est pas produit de rétrécissement du larynx.

2<sup>e</sup> cas. Femme morte au bois de Boulogne; peau du cou saine. Os hyoïde et cartilages fracturés. Strangulation probable, intérêt médico-légal dû à la disproportion existant entre les lésions cutanées et laryngées.

*Traitement de la phthisie laryngée. Rapporteurs : MM. les Drs GAREL et CASTEX. — Traitement médical, par le Dr GAREL.*

Le larynx étant abordable à la vue et aux instruments, se trouve être un des organes le plus facilement accessible au traitement local. En pratique, toutes les méthodes locales sont bonnes, mais aussi toutes sont d'une insuffisance curative notable.

Il faut toujours distinguer le siège de la lésion, car c'est lui qui dirige le traitement.

La lésion est-elle glottique, siège-t-elle à l'entrée du larynx, ou frappe les deux points à la fois? En un mot, la tuberculose laryngée est-elle :

Aphone non dysphagique,  
Dysphagique non aphone,  
Ou aphone et dysphagique.

En dehors du siège, la préoccupation constante dans le traitement de la phthisie laryngée doit être la connaissance complète de l'état général du malade et surtout de l'état des poumons.

Il faut toujours connaître la force de résistance du malade; car le traitement local ne tire sa valeur que de la connaissance exacte de cette résistance. Souvent le traitement général fait disparaître l'état local et crée des guérisons de cet état local soit passagères, soit durables, sans que souvent l'état pulmonaire puisse donner une indication pronostique favorable ou défavorable.

Ces considérations, dit l'auteur, ne sont pour condamner, ni même pour faire négliger les soins locaux, mais pour tenir en

garde contre l'engouement trop facile pour telle ou telle médication.

Il faut donc faire du traitement local, car ce traitement soulage le malade, a une action morale évidente et vient en aide pour combattre la toux, la dysphagie et les ulcérations.

Les méthodes thérapeutiques sont nombreuses : inhalations, pulvérisations, insufflations, badigeonnages, injections, galvano-cautère, électrolyse ; les agents médicamenteux encore plus nombreux.

*Inhalations.* Les inhalations sont humides ou gazeuses. Le baume du Pérou, la créosote à 5 0/0 agissent contre la dyspnée. L'acide fluorhydrique est aujourd'hui délaissé. L'acide carbonique est un anesthésique quelquefois employé.

*Pulvérisations.* Les pulvérisations pénètrent plus profondément et sont faites généralement à l'acide phénique au millième et avec des opiacés.

*Insufflations.* L'iodoforme, le menthol, la morphine, la cocaïne, purs ou mélangés à du sucre ou de la gomme arabique sont antiseptiques ou calmants insufflés avec un lance-poudre.

Les *badigeonnages* à la morphine et à la cocaïne ne sont que des calmants et des palliatifs utiles contre la dysphagie et les douleurs.

L'acide lactique, dont l'usage a été vulgarisé par le Dr Heryng, de Varsovie, et préconisé par le Dr Gouguenheim, employé à 30 ou 50 0/0 après badigeonnage à la cocaïne est un excellent modificateur des surfaces ulcérées et n'est pas très douloureux.

Schnitzler a employé le collodion au baume du Pérou, M. Gouguenheim le naphthol camphré.

Les *injections intra-trachéales* se font d'après la méthode de Rosenberg avec l'huile de menthol au vingtième ou la créosote à 5 0/0. M. Gouguenheim a vulgarisé, en France, cette méthode, qui s'adresse aussi bien aux poumons qu'au larynx, et qui produit, en même temps que du soulagement, une amélioration notable.

Le galvano-cautère est moins facilement maniable que l'électrolyse. M. Gouguenheim a préconisé les cautérisations au fil de platine, M. Garel emploie l'électrolyse chimique. Deux aiguilles de platine sont enfoncées de 5 à 6 millimètres dans l'épaisseur des tissus, et actionnées par 12 éléments Chardin, on les laisse 10 secondes en place. Il se fait une escarre et l'infiltration diminue.

L'auteur se félicite de ne jamais avoir employé la tuberculine

de Koch. Il rejette également l'emploi du cantharidate de soude ou de potasse de Liebreich.

En résumé que reste-t-il de toutes ces médications : la cocaïne contre la dysphagie, l'acide lactique contre les ulcérations. Le traitement général est tout, mais il faut se souvenir que les climats d'altitude et maritimes, que les eaux sulfureuses sont déplorables pour les larynx des tuberculeux.

Qu'importe en effet qu'une tuberculose laryngée guérisse si l'état pulmonaire s'aggrave. Le traitement local n'a de puissance que par le terrain où évolue la maladie et par la résistance du malade. Le traitement chirurgical promet plus qu'il ne tient et la seule action qu'il ait réellement c'est de combattre l'asphyxie par la trachéotomie.

*Traitement chirurgical de la phtisie laryngée*, par le D<sup>r</sup> CASTEX.

Devant l'insuffisance du traitement médical on a cherché dans l'intervention chirurgicale un moyen de soulagement ou de guérison.

Dans le premier cas purement palliatif, il amoindrit la dyspnée, la dysphagie, c'est la chirurgie du symptôme qui curette les ulcérations, extirpe les fongosités ; dans le second cas il est curatif.

Les conditions du traitement chirurgical peuvent se résumer ainsi :

- 1<sup>o</sup> Insuffisance du traitement médical ;
- 2<sup>o</sup> Indication donnée par l'état local ;
- 3<sup>o</sup> Pas de contre-indication de l'état général.

Trousseau et Belloc, Schmitt (de Francfort), Krause (de Berlin), Heryng (de Varsovie), Helary sont ceux qui ont le plus complètement étudié la question.

Parmi les opérations curatives figurent :

a) *Le curettage* (évidement de HENRYNG).

S'il faut agir sur un point immobile (partie antérieure et postérieure de la portion sus-glottique du larynx), on emploie les curettes simples de Krause ou d'Heryng.

Si les parties sont mobiles (bord libre de l'épiglotte, sommet des aryénoïdes) les curettes doubles fixent avant d'exciser.

Soins avant l'opération : pendant 5 à 6 jours désinfecter le larynx avec des insufflations de poudre d'iodoforme, matin et soir. Insensibilisation à la cocaïne à 20 ou 30<sup>o</sup> 0/0.

Après l'opération : pansement à l'acide lactique à 50 ou 80 0/0. Insufflation d'iodoforme, badigeonnages au naphthol camphré.

b) *Laryngotomie* (laryngofissure), Prat. 1859, HOPMANN, GERSTER (de New-York).

L'auteur après une série de recherches conclut que : 1° la laryngotomie transversale sous-hyoïdienne de Malgaigne, sert à aborder la force antérieure de l'épiglotte.

2° L'incision transversale sus-thyroïdienne de Follin, donne accès sur les parties sus-glottiques.

3° La thyrotomie verticale médiane ou la thyrotomie transversale ou verticale latérale conduisent à la région glottique.

4° L'incision horizontale sous-cricoïdienne est préférable pour la portion sous-glottique.

En général la trachéotomie préalable doit être faite, mais elle n'est pas indispensable si, comme Köhler, on fait une laryngo-trachéotomie avec canule de Trendelenburg.

c) La laryngectomie est rejetée par l'auteur ainsi que les opérations de Gussenbauer, Kocher, Mac Leod, Jordan Lloyd.

Opérations palliatives :

a) Curettage en désobstruant la cavité laryngienne des végétations il diminue la dyspnée et atténue la dysphonie (Helary).

b) Incision avec grattage d'abcès, et extirpations de séquestres.

c) M. Gouguenheim enlève à la pince coupante des fragments d'épiglotte, d'aryténoïdes dont l'infiltration ou l'ulcération déterminent de l'adynophagie.

d) Contre la dyspnée, la trachéotomie.

e) Massei, Dillon Brown, Hopkins préconisent le tubage qui est irritant pour le larynx et peut déterminer des ulcérations.

En résumé : le traitement chirurgical semble avoir déjà guéri la tuberculose laryngée. Les récidives sont à craindre. Les complications sont : le spasme de la glotte, l'infiltration œdémateuse de la muqueuse laryngée, des répercussions sur le poumon (Helary).

Indications : La pince coupante si la lésion est circonscrite, le curettage dans le cas inverse. La trachéotomie est un pis aller. La laryngotomie n'a pas encore d'indications fixées.

Les contre-indications sont l'état pulmonaire et général graves. Le traitement médical doit se joindre au traitement chirurgical. Enfin resterait un dernier mode d'intervention par la méthode sclérogène de Lannelongue qui n'a pas encore été mise en pratique pour le larynx.

*Discussion :*

M. POLO. — Je pense que les pulvérisations de cocaïne sont préférables aux badigeonnages.

M. GAREL. — L'inconvénient des pulvérisations est la sensation désagréable qu'elles provoquent dans la bouche et la difficulté de régler l'absorption du médicament. Les vertiges, les nausées sont à redouter.

M. MARTIN. — Ces inconvénients n'existent pas en portant directement avec la seringue intra-trachéale le liquide anesthésique sur la partie malade.

M. CARTAZ se range aux conclusions du rapport de M. Garel. M. Castex donne trop d'importance à la laryngotomie : opération grave chez des malades affaiblis et qui peut être remplacée dans les cas d'obstruction par la voie endo-laryngée.

M. CASTEX. — Quoique rarement faite, la laryngotomie a eu jusqu'ici des succès.

M. MOURE. — Elle ne doit être tentée que rarement, pour des lésions localisées, les poumons étant intacts et le larynx inaccessible par les voies naturelles. La trachéotomie préalable est nécessaire, il faut opérer en deux temps, la même incision servant pour la trachéotomie et la laryngotomie.

M. GAREL. — La laryngotomie n'est pas inoffensive et expose aux complications pulmonaires.

M. CASTEX. — Ne la pratiqueriez-vous pas : 1° à titre exceptionnel ; 2° si les poumons sont sains et tous autres moyens ayant échoués ?

MM. CARTAZ et GAREL. — Nous ne la ferions pas.

M. MOURE. — La laryngotomie et la trachéotomie sont plus graves à l'hôpital qu'en ville, probablement à cause du milieu et des soins délicats consécutifs.

M. CASTEX. — M. Périer, depuis que je suis à l'hôpital Lariboisière, n'a jamais eu d'accidents dans d'autres affections laryngées que la tuberculose qu'il a opérées. Mon but est d'indiquer une voie nouvelle.

M. GAREL. — Je ne suis pas de l'avis de M. Moure et je n'ai jamais eu de décès immédiat à enregistrer dans les trachéotomies faites chez des tuberculeux.

---

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE, DE RHINOLOGIE  
DE PARIS

---

Compte rendu par le Dr P. GASTOU.Séance du 5 mai 1893.

---

*Une feuille d'observations d'otologie, par le Dr GELLÉ.*

L'auteur présente un spécimen de feuille d'observations d'otologie dont il fait un usage courant. Cette feuille porte en tête les renseignements relatifs à l'âge, au sexe, à la profession, au mode et à la date de début de la maladie. Les commémoratifs, les ascendants héréditaires ou personnels viennent ensuite.

Le reste de la feuille est divisé en colonnes portant indication des signes à rechercher et en regard la désignation de l'oreille droite ou gauche.

L'audition est d'abord passée en revue, avec les conséquences diagnostiques tirées de l'examen de la parole, du bruit, des diaphanons. Les phénomènes perçus à l'auscultation précèdent l'inspection des différentes parties de l'oreille. Le tympan, la caisse, les trompes sont étudiés successivement, avec toutes leurs divisions et subdivisions.

L'énumération des symptômes subjectifs et les organes à examiner dans le pharynx buccal et le nez complètent avec les schémas du fond des conduits et ceux des narines et du pharynx les points à noter dans une observation complète d'otologie.

*Discussion :*

M. HERMET. — Cette feuille d'observations est très bien faite, mais pour s'en servir il faudrait passer deux heures sur chaque malade !

M. GELLÉ. — On n'est pas obligé toujours de passer en revue tout ce qui est indiqué sur mes feuilles d'observations. C'est un moyen utile pour ne rien oublier. Elles attirent, en tous cas, l'attention sur l'état général du malade.

*Observation de sinusite maxillaire consécutive au tamponnement total d'une fosse nasale pour une épistaxis, par le Dr GELLÉ.*

Le Dr Gouverné, a recueilli cette observation que M. Gellé a



jugé intéressante à lire à la Société. Il s'agit d'un arthritique, auquel on fit à la suite d'épistaxis violentes le tamponnement des fosses nasales à l'aide de la charpie. Au bout de 48 heures, on veut enlever le tampon, mais sur le refus du malade qui craignait une nouvelle hémorragie, on s'abstient. Fétidité de la sécrétion nasale, on essaye de tirer sur le fil, vers le 10<sup>e</sup> jour, le fil casse. Le Dr Jalaguier appelé, repousse le tampon dans la gorge et fait des lavages antiseptiques. Le soir, grand frisson. Il se produit alors un écoulement purulent abondant pendant un mois, avec douleurs névralgiques péri-orbitaires, œdème de la paupière inférieure et de la joue gauche. L'écoulement devient de plus en plus fétide et sanieux. Voilà un an que ces symptômes durent et malgré les lavages antiseptiques les choses restent au même point.

*Discussion :*

M. HERMET. — Avez-vous demandé s'il existait de la périostite ?

M. GELLÉ. — Non.

M. HERMET. — Il n'est pas non plus noté dans cette observation si l'écoulement se produisait le malade étant sur le ventre.

M. CHATELLIER. — Je demanderai à M. Gellé de nous relire le passage relatif à l'état de la pommette.

M. GELLÉ. — Voici : douleurs vives au côté gauche de la face avec gonflement de la joue et de la paupière gauches, l'œdème est surtout marqué dans le sillon naso-labial et il existe en ce point une vive sensibilité à la pression. Pour expliquer ces phénomènes, nous avons pensé à une infection de voisinage ; mais cela n'expliquerait pas une rhinorrhée datant d'un an.

M. CHATELLIER. — Cette observation revient à dire que le tamponnement total doit être exceptionnel. J'ai déjà insisté sur ce fait que toutes les hémorragies sont dues à un point qui se trouve en avant. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de faire un tamponnement aussi complet. Il faut rejeter toujours la charpie.

M. GOUGUENHEIM. — Il est évident que pour arrêter les hémorragies nasales on ne doit plus employer, maintenant, autre chose que des substances antiseptiques. Dans les opérations que je fais à Lariboisière, ablation de muqueuse, résection des crêtes, enlèvement de polypes, je mets toujours une bande de gaze iodoformée. Je la laisse 24 heures en place, tout au plus. Je n'ai jamais eu d'accidents septiques.

Il existe une autre variété d'hémorragie médicale dont la

source n'est pas aussi claire que l'affirme M. Chatellier et n'est pas la partie antérieure de la cloison. Certains individus atteints d'affections chroniques ont des hémorragies des voies respiratoires. J'ai recherché le siège de ces hémorragies et j'ai vu que le sang venait des parties profondes, tout à fait en arrière du nez.

Ce sont ces cas auxquels le tamponnement antérieur ne fait absolument rien, et où il est tout à fait insuffisant. Alors la vieille méthode subsiste et reste seule efficace, à condition de la faire antiseptiquement. Il n'est pas nécessaire d'en savoir long pour la faire et le seul instrument qu'elle nécessite est une sonde molle et non l'appareil défectueux de Belloc.

J'insiste et je maintiens que toutes les épistaxis ne viennent pas d'un seul point, qu'elles sont souvent postérieures aux fosses nasales et indices d'un mauvais état général.

*Traitement de l'eczéma de l'oreille, par le Dr CHATELLIER.*

Depuis plus de 6 ans, l'auteur emploie un mode de traitement de l'eczéma des oreilles auquel le hasard seul l'a conduit.

L'acide borique, l'alcool boriqué donnent souvent de l'eczéma aigu du conduit et de plus les enfants le supportent mal. Le salol est néfaste. Après bien des essais, l'iodol a paru à M. Chatellier être le meilleur des agents contre l'eczéma auriculaire.

Suit la division de cas traités en :

1° *Eczéma aigu humide*, généralisé, confluent, occupant le pavillon, le pli recto-auriculaire, le conduit. Après un lavage à la liqueur de Van Swieten étendue de 3 ou 4 fois son volume d'eau, on sèche à la gaze hydrophile, on insuffle matin et soir de l'iodol. La guérison a lieu vers le huitième jour en moyenne.

2° *Eczéma sec* : Dans cette variété d'eczéma, après le même lavage à la solution de Van Swieten étendue, on sèche et la pommade suivante est appliquée s'il s'agit d'eczéma du pavillon et des régions extérieures :

Iodol. .... 1 gramme,  
Lanoline. .... 30 grammes.

Si l'eczéma occupe le conduit, après lavage et dessiccation, la tête du malade étant penchée du côté opposé à l'eczéma on remplit le conduit avec

Iodol. .... 1 gramme,  
Huile de paraffine. 30 grammes;

un tampon de ouate empêche l'huile de ressortir. Le pansement est renouvelé matin et soir, la guérison a lieu en quinze jours.

La lanoline et l'huile de paraffine doivent être employées de préférence à la vaseline qui est souvent irritante.

*Discussion :*

M. HERMET. — Je me rends à la justesse des observations de M. Chatellier lorsqu'il dit qu'à la suite des pansements de l'otorrhée il survient de l'eczéma. J'ai l'expérience de ces questions dermatologiques. Le traitement de M. Chatellier dure 15 jours. On peut arriver à guérir en une séance, en 24 heures un eczéma du conduit en employant la méthode suivante : [Après injection dans le conduit d'eau stérilisée, un tampon imbibé de solution de nitrate d'argent au dixième est introduit dans le conduit et retiré 24 heures après. Tout a disparu. On échoue rarement. L'effet du nitrate d'argent est miraculeux. Souvent à la suite de l'eczéma de l'oreille on observe de la furonculose.

M. GELLÉ. — Je ne crois pas que l'eczéma desquamatif des personnes âgées et des diabétiques puisse guérir facilement.

M. CHATELLIER. — Le traitement par l'acide acétique ou le nitrate d'argent est douloureux et peu propre.

M. HERMET. — Est-ce une raison suffisante pour les rejeter de parti pris ?

M. CHATELLIER. — Chez une malade j'ai tenté mon traitement pour un eczéma de la face d'apparence érysipélateux. Il a été douloureux et difficilement supporté.

M. GELLÉ. — Cette malade était probablement nourrice.

M. CHATELLIER. — Oui. J'ai essayé alors de mélanger la poudre de talc et l'iodol.

M. HERMET. — Sur mes indications, le nitrate d'argent a été essayé sur un eczéma à petite surface, l'effet en a été, paraît-il, des plus satisfaisants.

M. GELLÉ. — Le traitement général est très utile dans l'eczéma. J'ai vu avec le docteur Maygrier un enfant de 8 mois qui avait de l'impétigo des oreilles. Dès que sa mère cessa de le nourrir l'enfant fut guéri, mais sa nourrice eut de l'eczéma qu'un traitement tonique et dépuratif fit cesser.

M. LÆWENBERG. — Je n'ai jamais vu l'acide borique donner d'eczéma. La dose de 1 gramme d'iodol me paraît faible. J'emploie avec succès la glycérine phéniquée.

M. CHATELLIER. — Je crois cette glycérine une arme à double tranchant.

M. HERMET. — Je maintiens que le nombre d'eczémas dus à l'acide borique est considérable.

M. LÖWENBERG. — Chez qui ?

M. HERMET. — Chez tous les malades. Il n'est du reste traitement plus difficile et plus variable que celui de l'eczéma. Tel malade aura de l'eczéma là où un autre n'aura rien.

M. GUGUENHEIM. — Je m'inscris contre l'opinion de M. Hermet. Je n'ai jamais vu l'acide borique donner de l'eczéma de l'oreille.

M. CHATELLIER. — Pour que l'acide borique n'irrite pas il faut le délayer suffisamment.

M. HERMET. — J'ai vu l'eczéma dans un cas réapparaître chaque fois que le malade faisait une injection boriquée.

M. GELLÉ. — Il existe une variété d'eczéma qui accompagne les suppurations de l'oreille, surtout consécutives à la grippe.

Il y a là une véritable dermite, une infection de surface. L'acide borique a parfois l'inconvénient de retenir le pus.

M. HERMET. — Je ne sais si dans ces cas il y a cause, effet ou coïncidence.

M. MENIÈRE. — Souvent les poudres font de la rétention purulente. J'expérimente en ce moment avec Déclat un médicament qui m'a donné de très beaux résultats. C'est le *phénosalyl* je l'emploie au 1/10, au 2/10 et au 4/10. J'ai obtenu dans 15 cas d'excellents résultats. Du reste je ne fais que prendre date et m'étendrai plus longuement sur ce sujet.

M. LÖWENBERG. — J'ai essayé également ce phénosalyl à doses très faibles, je n'ai pas encore d'opinion sur sa valeur.

---

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

---

Compte rendu par le Dr F. PELTESOHN.

Séance du 2 juin 1893.

Heymann présente une série de nouvelles combinaisons chimiques dont il a essayé l'effet sur les malades atteints d'affections de la muqueuse des voies aériennes supérieures qui se sont présentés à sa polyclinique. Ces préparations sont : 1° la *salumine*, combinaison d'aluminium et d'acide salicylique ; 2° une combinaison d'aluminium et d'acide gallique ; 3° le *tannal*, combinaison de tannin et d'aluminium ; 4° l'aluminium tannico-tar-

taricum qui se dissout facilement dans l'eau et qui, par une addition de glycérine, sert de gargarisme.

*Fraenkel* recommande le *salophène*, combinaison d'acide salicylique et de phénol qui, dans le catarrhe sec, entretient l'humidité de la muqueuse.

*Landgraf* communique une observation de *stomatite* et *pharyngite aphteuse consécutive à l'emploi de la quinine*.

Un médecin ressent subitement une fièvre violente (40, 3° C.), du frisson et de vives douleurs dans la bouche. Depuis les lèvres tuméfiées jusqu'à la paroi pharyngée postérieure, on voit des taches de la dimension de lentilles, qui sont recouvertes d'un revêtement jaunâtre; quelques-unes présentent au milieu une tache rouge. Les glandes lymphatiques du cou sont un peu gonflées. Le cœur est sain; l'urine est claire; la voix n'est pas atteinte. Sur le tronc, on voit un exanthème pétéchial, qui existait aussi, mais moins prononcé, aux extrémités. Il existe une forte contraction aux mains. La cause de l'affection est la suivante : trois semaines auparavant, le malade, pour se guérir de la *malaria*, avait pris 30 à 40 grammes de quinine.

Dans ce cas, la fièvre dura huit jours, les aphtes ne disparurent qu'au bout de douze jours. Lorsque, plus tard, le malade reprit de la quinine, la stomatite et les contractions aux mains reparurent aussitôt.

*Landgraf* décrit, d'après le remarquable livre de *Lewin* « *Sur l'action accessoire des médicaments* », l'image des affections provoquées par la quinine. La forme ci-dessus décrite était encore inconnue.

*Edmond Meyer* fait une communication sur l'anesthésie par le bromure d'éthyle.

Il a employé ce mode d'anesthésie dans deux cent cinquante cas d'opérations de végétations adénoïdes et le recommande chaudement. Il insiste sur la pureté de la préparation, qui doit être préservée de l'air et de la lumière. Aussi ne doit-on pas employer pour une anesthésie plus de 10 grammes, quantité très suffisante même pour un adulte. On verse toute la solution sur un masque d'étoffe imperméable, et on la laisse respirer vingt-cinq secondes aux enfants et environ soixante secondes aux adultes. Il ne se produit aucune excitation; au début, le pouls est accéléré, la respiration n'est pas influencée. Les réflexes cornéens et pharyngiens sont bien conservés, de sorte que, si, par hasard, des morceaux sont aspirés, ils sont aussitôt expectorés. Toutefois, la sensibilité est tellement abolie que,

fréquemment, il se produit un flux involontaire d'urines et de matières fécales.

Parfois des rêves érotiques apparaissent qui réclament de la circonspection et rendent désirable la présence d'une seconde personne. L'anesthésie ne laisse presque pas de traces. La respiration garde pendant deux jours une odeur d'ail. Les vomissements se produisent très rarement. Les cas de mort ne peuvent survenir qu'à la suite d'une longue anesthésie, lorsque la préparation est impure, ou chez les cardiaques.

*Grabower* n'emploierait jamais le bromure d'éthyle. D'après ses expériences de *Loehrs* pratiquées sur des lapins, quelques bouffées suffisent à provoquer l'arrêt du cœur. L'accélération du pouls se montre d'abord, puis une arythmie et enfin l'arrêt complet du cœur. La respiration demeure normale, de sorte que le médicament devrait être caractérisé d'insidieux. De plus, la pression du sang s'abaisse et demeure au-dessous de la normale pendant un certain temps.

*Flatau* engage à expérimenter sur l'homme aussitôt après l'avoir fait sur les animaux. Il a dû employer chez l'adulte plus de 10 grammes. D'après lui, la nausée dure plus longtemps quand les malades montent la voiture. Les réflexes laryngiens étaient abolis dans un cas. Au dernier Congrès de chirurgie, le chiffre de 851 porté à la statistique des morts a été considéré comme défavorable.

*Rosenberg* recommande l'anesthésie par le bromure d'éthyle comme étant complètement inoffensive, lorsqu'on la pratique de la façon décrite par *Meyer*.

*Herzfeld* est également partisan du bromure d'éthyle; il a toujours obtenu un résultat avec 6 à 8 grammes chez l'enfant et 10 grammes chez l'adulte. Il recommande d'opérer la tête pendante.

*Fraenkel* opérait autrefois la tête pendante sous le chloroforme, mais il y a renoncé.

*Fraenkel* décrit le prolapsus du ventricule de *Morgagni*.

Dans un cas de prolapsus récemment observé, il a extirpé la partie herniée et l'a examinée au microscope. Cet examen a révélé de l'épithélium cylindrique, du tissu conjonctif et, au milieu, des follicules et des glandes muqueuses; c'est-à-dire un tissu tel qu'il s'en trouve partout dans le larynx.

Une préparation anatomique qui est tombée par hasard entre

les mains de F. lui a donné de meilleurs éclaircissements. Sur cette préparation on voit distinctement que la paroi latérale du sinus est projetée en avant. On voit par là que les tentatives de remise en place n'ont eu aucun succès. On remarque aussi des abaissements de la paroi inférieure du ventricule qui, toutefois, présentent un tout autre aspect et sont faciles à distinguer des premiers.

## NOUVELLES

La 61<sup>e</sup> réunion annuelle de la *British Medical Association* se tiendra à Newcastle on Tyne du 2 au 4 août 1893.

### *Section d'otologie :*

Discours d'ouverture du président H. B. Hewetson. — Discussion sur le traitement chirurgical des affections mastoïdiennes et leurs complications, par W. Macewen (Glasgow), V. Horsley (Londres), A. Ogston (Aberdeen), Ch. Warden, Numeloy (Leeds), et Guye (Amsterdam). — Discussion sur les organes pathogènes du naso-pharynx et de l'oreille, par Macintyre (Glasgow). — Résultats de l'examen de 2,000 enfants des écoles à Newcastle on Tyne et dans le district, au point de vue de l'audition, par R. Ellis. — Symptômes de thrombose septique du sinus latéral dus à une affection de l'oreille. Huit observations, dont sept suivies de guérison, par W. A. Lane. — Quelques observations sur l'examen de 100 sourds-muets, par S. Macaulay. — Emploi de la pilocarpine dans les affections de l'oreille, par G. Metcalfe. — I. Une série de cas d'arrectomies par une nouvelle méthode. II. Une série de cas de surdité d'origine intra-nasale; rhinosclérome, diaphragmes intra-nasaux, polypes. III. Cas de synéchies de la trompe d'Eustache, par W. Robertson. — Dangers et delimitation de la méthode de Politzer, par Amfriely.

### *Section de chirurgie :*

Chirurgie du sinus frontal, par Mayo Collier.

### *Section de médecine publique :*

Les causes de l'augmentation de la diphtérie dans les districts urbains, par S. Davies. — Diphtérie, par T. T. Hill.

### *Section d'anatomie et de physiologie :*

Structure, fonctions et pathologie de la glande thyroïde, par V. Horsley. — Relation de l'épiglotte avec le voile du palais chez divers animaux, par A. A. Kanthack. — Effets de la thyroïdectomie sur le métabolisme, par J. H. Parsons. — Classification des centres auditifs en relation avec le langage articulé, par E. Giampietro.

### *Section de pathologie :*

Etat des centres nerveux et de la glande thyroïde dans la maladie de Graves, par G. A. Gibson. — Transplantation de la glande thyroïde, par V. Horsley. — Nature des mouvements musculaires dans la cachexie thyroïdienne chez le chien, par Lang. — Sécrétion thyroïdienne, par

## NOUVELLES

Hector Mackenzie, J. Mackenzie et G. Murray. — Fonction thyroïdienne, par J. Smith. — Traitement de trois cas de crétinisme sporadique par l'extrait thyroïdien, par J. Thomson.

### Section de médecine :

Aphasie et ses rapports avec les lésions des centres auditifs, par E. Giampietro.

---

### (VIII<sup>e</sup> Congrès international d'hygiène et de démographie en 1894 à Budapest).

M. Joseph Körösi, directeur du Bureau de statistique de la ville de Budapest, a fondé un prix de 1,500 francs qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur le but et le progrès de la démographie. L'auteur devra préciser la tâche scientifique de la démographie, faire la critique des différentes théories régnantes et des plus importants travaux démographiques faits dans les principaux pays de l'Europe et des Etats-Unis d'Amérique pendant les cinquante dernières années. L'auteur aura donc à mettre en relief principalement le développement des recensements et les progrès de la statistique de natalité et de mortalité, en établissant où, quand et par qui ces branches de la science démographique ont été perfectionnées.

L'ouvrage peut être rédigé en langue allemande, anglaise, française, italienne. Il doit être envoyé, sans aucune indication pouvant révéler le nom de l'auteur, avant le 1<sup>er</sup> mars 1894, à M. Joseph Körösi à Budapest. L'auteur mettra son nom dans une enveloppe cachetée qu'il joindra à l'envoi de son mémoire. Les ouvrages des concurrents seront examinés par les membres du comité mentionné ci-après. Conformément au vote de ce jury, le prix sera décerné dans la séance générale d'ouverture du Congrès de Budapest à l'auteur de l'ouvrage ayant la plus grande valeur.

Le jury se compose des membres suivants : Dr Jacques Bertillon, directeur des travaux statistiques de la ville de Paris ; Luigi Bodio, directeur général de la statistique d'Italie, secrétaire général de l'Institut international de statistique ; Dr V. v. John, professeur à l'Université d'Innsbruck ; J. Körösi, directeur du Bureau de statistique de la ville de Budapest ; Dr W. Lexis, vice-président de l'Institut international de statistique, professeur à Göttingue ; Dr W. Ogle, du Bureau d'enregistrement des naissances, décès et mariages de Londres.

---

Le doyen des otologistes italiens, le Dr G. Sapolini, est mort à Milan le 4 juin, à l'âge de 81 ans.

---

Notre savant collaborateur et ami le professeur Adam Politzer, de Vienne, a été délégué par le gouvernement autrichien à l'Exposition de médecine et d'hygiène qui sera ouverte à Chicago pendant l'Exposition universelle.

---

Le travail du Dr J. Sendziak, de Varsovie, sur les *tumeurs malignes du larynx et leur traitement*, présenté au *Concours international de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, 1892-93*, a été récompensé par une somme de mille francs et une médaille d'or.

---

La section de laryngologie et rhinologie du *Congrès médical Pan*



*Americain* qui se tiendra à Washington les 5, 6, 7 et 8 septembre 1893, sera présidée par le Dr E. F. Ingals (de Chicago). *Secrétaire pour la langue anglaise*, T. Morris Murray (Washington). *Secrétaire pour la langue espagnole*, F. Marron y Alonso (Las Vegas). Les autres secrétaires sont les Drs Ovejero (Buenos-Ayres), H. Guedes de Miello (Rio-de-Janeiro), G. W. Major (Montreal), F. Campuzano (La Havane), L. Fonnegra (Bogota), F. Uribe (Guatemala), H. Goulden, Mc Grew (Honolulu), A. Gavins (Mexico), J. Midence (Leon, Nicaragua), E. S. Cassanello (Montevideo), N. F. Cordero (Merida, Venezuela).

Les pays représentés au *Congres Pan Americain* seront :

La République argentine, la Bolivie, le Brésil, l'Amérique anglaise du Nord, l'Inde anglaise, le Chili, la République dominicaine, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Pérou, le Salvador, la Colombie, la République de Costa-Rica, l'Équateur, la Guatemala, Haïti, Havaou, l'Inde espagnole, les États-Unis, l'Uruguay, le Venezuela, les Indes danoises, portugaises et françaises.

Le Congrès sera divisé en 22 sections.

Les langues parlées seront l'espagnol, le français et le portugais.

---

Le Dr Emil Mayer a été nommé chirurgien pour la section des maladies de la gorge à la *New York Eye and Ear Infirmary*.

---

Le concours pour le prix Maggi sur l'otologie, ouvert sur la proposition du professeur de Rossi, à l'Université de Rome, a eu pour lauréat le Dr G. Geronzi (*Arch. ital. d'otol., rin. e lar.*, juillet 1893.)

---

#### *Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris.*

Ordre du jour de la séance du 7 juillet.

I. Observation de laryngite pseudo-membraneuse sous-glottique à rechutes. II. Présentation d'instruments, par Courtade.

---

Nous lisons dans l'*Universal medical journal* que le Dr W. Meyer, de Copenhague, est en train de recueillir des renseignements sur l'existence des végétations adénoïdes chez les diverses races humaines afin d'étudier l'influence de cette affection sur la physionomie de chaque type. Cette intéressante question ne peut être résolue qu'avec la coopération des médecins pratiquant dans les pays incivilisés ou semi-civilisés d'Asie, d'Afrique, d'Océanie, etc. Les questions sont : l'existence, la fréquence de l'affection et l'apparence de la face chez les individus atteints. Des envois de photographies seraient les bienvenus. Toutes les communications devront être adressées au Dr W. Meyer, 14, Norrefarimagade, Copenhague.

---

Le Dr Schimmelbusch a passé le 7 juillet ses examens de docent en chirurgie à l'Université de Berlin ; il avait pris comme sujet de dissertation le *Traitement des rétrécissements du larynx*.

---

Nous venons de recevoir le premier numéro de l'*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, publié sous la direction du Professeur B. Fraenkel. Ce recueil ne contiendra que des mémoires originaux et s'abstiendra d'insérer des analyses. Il renfermera des travaux de clinique, d'anatomie, de physiologie, d'anatomie pathologique et de bactériologie.

L'*Archiv* paraîtra en fascicules d'environ 10 feuilles, format in 8°, dont 3 formeront un volume. Il sera publié 3 à 4 fascicules par an, qui se vendront séparément. Le premier fascicule du premier volume est en vente au prix de 6 marks; A. Hirschwald, éditeur, 68, Under den Linden, à Berlin.

---

Le XI<sup>e</sup> Congrès international de Médecine sera irrévocablement inauguré le 24 septembre 1893, en présence de S. M. le roi d'Italie.

Les 19 sections siégeront dans les locaux du *Policlinico*, et il paraîtra chaque soir un compte rendu sommaire des travaux du jour et le programme du lendemain.

Les chemins de fer italiens font aux congressistes un rabais de 20 0/0 sur les prix déjà réduits d'une série de voyages circulaires.

Peuvent faire partie du Congrès :

1<sup>o</sup> Les médecins, en qualité de membres effectifs;

2<sup>o</sup> Les femmes de médecins, les personnes adultes faisant partie des familles de médecins, les étudiants en médecine, les personnes s'intéressant aux travaux du Congrès, en qualité d'adhérents.

La cotisation est fixée à 25 francs pour les médecins, et 10 francs pour leurs femmes et les membres de leurs familles.

Les étudiants en médecine ne payeront pas.

Pour être inscrit, il faut adresser sa cotisation par mandat postal, au trésorier du Congrès, le professeur L. Pagliani, ministère de l'Intérieur, Rome.

Les documents relatifs au voyage seront adressés à toutes les personnes ayant payé leur cotisation.

Une commission spéciale sera chargée d'organiser les fêtes.

En même temps que le Congrès, sera inaugurée une Exposition de Médecine et d'Hygiène.

Les congressistes auront l'entrée libre sur la seule présentation de leur carte de membre du Congrès, dans les musées et galeries nationales de Rome, et à Pompéi.

---

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

---

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

---

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

---

**POUDRE LAXATIVE DE VICHY.** (Poudre de séné composée.) — Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

---

**L'EAU DE LA BOURBOULE** est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

---

**GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS**

---

**L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON,** tonique et laxative relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

---

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

---

**Ottantadue Tracheotomie e ottantaquattro intubazioni come contributo alla Statistica** (82 trachéotomies et 84 intubations comme contribution à la statistique, par F. EGIDI (*Extrait du Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, n° 3-4, 1893).

**Due casi di crup cronico** (Deux cas de croup chronique), par F. EGIDI (*Extrait de l'Arch. ital. di lar.*, fasc. 1, 1893).

**Entgegnung auf Doc Dr Laker's Erwiderung** (Réponse au Dr Laker), par O. CHIARI (Tirage à part de la *Wiener med. Presse*, n° 50, 1892).

**Erwiderung an Herrn Dr M. Braun, de Trieste**, par O. CHIARI (Tirage à part de la *Wiener klin. Woch.*, n° 43, 1892).

**Beitrag zur Diagnose des isolirten Pemphigus der Schleimhaut der Oberen Luftwege** (Contribution au diagnostic du pemphigus isolé de la muqueuse des voies aériennes supérieures), par O. CHIARI (Tirage à part de la *Wiener klin. Woch.*, n° 20, 1893).

**Ueber einen Fall von Syphilis hereditaria laryngis bei einem Kinde von 4 1/2 Jahren** (Sur un cas de syphilis laryngée héréditaire chez un enfant de 4 ans 1/2), par O. CHIARI (Tirage à part des *Arch. f. Kinderheilk.*, Band XV).

**Ueber den galvanischen Schwindel bei Taubstummen und seine Beziehung zur Function des Ohrenlabyrinthes** (Du vertige galvanique chez les sourds-muets et de ses rapports avec les fonctions du labyrinthe), par J. POLLAK (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, Bd 54, 1893).

**Revue statistique des maladies de la gorge, du larynx, du nez et des oreilles**, par R. BEAUSOLEIL (*Extrait de la Rev. de lar., otor. et rhin.*, Bordeaux, 1893).

**Le Mont-Dore et ses eaux minérales. Etude médicale**, par E. EMOND (3<sup>e</sup> édition, un vol. in-18 de 195 pages; prix : 3 francs; O. Doin, éditeur, Paris, 1893).

Partial myringectomy and removal of the incus and stapes for the relief of the lesions of chronic catarrhal otitis media (Myringectomy partielle et extraction de l'enclume et de l'étrier pour la guérison de l'otite moyenne catarrhale chronique, par C. H. BURNETT (Extrait du *Med. News*, 13 mai 1893).

Nécrologie du Dr F. Felici, spécialiste pour l'oreille, le nez, la gorge, par V. COZZOLINO (Extrait de l'*Archivio intern.* Naples, 25 mai 1893).

De l'emploi des accumulateurs en médecine et de la meilleure manière de les charger, par L. LICHTWITZ (Broch. de 15 pages, G. Masson, éditeur. Paris, 1893).

Note sur les troubles de la motilité des organes de la voix et de l'articulation chez les sourds-muets, par CH. FÈRE (Extrait de la *Revue neurologique*, 1893).

Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfes (Etudes sur l'anatomie fine du larynx, par B. FRAENKEL (Tirage à part de l'*Arch. f. Lar.*, Bd I, H. 1, 1893).

Comunicazioni lette dal Dr Strazza al 1° Congresso della Società italiana di laringologia, otolatria e rinoiatria (Communications lues par le Dr Strazza au premier Congrès de la Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie (Tipog. A. Ciminago, Gênes, 1893).

La voix, le chant et la parole. Guide pratique de l'orateur et du chanteur, par LENNOX BROWNE et E. BEHNKE; traduit de la 14<sup>e</sup> édition anglaise par P. Garnault (Un vol. de 350 pages, illustré de nombreuses figures. Prix : cartonné 8 francs. Société d'éditions scient. Paris, 1893).

De l'anatomie des sinus de la face et de leurs inflammations suppuratives, par BATUT (Extrait du *Bull. de la Soc. de m'ed. de Toulouse*, 11 avril 1893).

Sopra un caso di laringite cronica (Conférence clinique de V. Grazi), rédigée par E. MELI (Extrait de la *Gazz. degli Osp.*, n° 48, 1893).

Traitement des malformations du septum nasal, par le Dr CHEVAL (Communication faite au 4<sup>e</sup> Congrès des laryngologistes et otologistes belges tenu à Gand le 4 juin 1893).

Deformities of the nasal septum and their influence in diseases of the ear and throat (Déformations de la cloison et leur influence sur les affections de l'oreille et de la gorge, par W. SCHEPPEGRELL (Extrait du *New Orleans med. and surg. Journ.*, juin 1893).

Un caso di sarcoma a cellule polimorfe (simulante un melano-sarcoma) del setto nasale osseo, a destra, diffuso al pavimento della cavità nasale (Un cas de sarcome à cellules polymorphes (simulant un mélanosarcome) de la cloison osseuse droite, étendu au plancher de la cavité nasale, par V. COZZOLINO (Extrait de l'*Archivio Ital. di otol. rin. e lar.*, juillet 1893).

Un doppio rinolito nella fossa nasale sinistra (Rhinolithe double dans la fosse nasale gauche), par V. COZZOLINO (Extrait de la *Riv. clin. e terap.*, n° 6, 1893).

Cuatro casos de extirpacion parcial de la laringe (4 cas d'extirpation partielle du larynx), par J. CISNEROS (Extrait des *Arch. de rin., lar. y otol.*, juin 1893).

Le Gérant : G. MASSON.

